



AGRUPACIÓN CIENTÍFICA DE
CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN
Y DESARROLLO CULTURAL

**“FORMACIÓN INTERNACIONAL EN PSICOTERAPIA
ESTRATÉGICA COGNITVO CONDUCTUAL”**

NOMBRE DEL CASO:

**INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRASTORNO
SEXUAL**

ESTUDIANTES:

**Psic. Polo Meregildo, Camila Del Pilar
Psic. Emersson Reutters Sichez Nieto
Psic. Juan Carlos Morocho Castro**

ASESOR:

Dr. Hubert Alonso Santa Cruz Quiroz

**AGRUPACIÓN CIENTÍFICA DE CAPACITACIÓN, ORIENTACIÓN Y
DESARROLLO CULTURAL**

TRUJILLO - PERÚ

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Nosotros, **Camila Del Pilar Polo Meregildo** identificada con DNI/CEDULA N° 70771622; **Emersson Reutters Sichez Nieto** identificado con DNI/CEDULA N°72675151 y **Juan Carlos Morocho Castro** identificado con DNI/CEDULA N° 0940523830; estudiantes del programa educativo Psicoterapia Cognitiva Conductual con Mención en Salud Mental, a efectos de cumplir con los requisitos correspondientes al procedimiento de “Sustentación de Trabajo Final”, **DECLARAMOS BAJO JURAMENTO:**

1. **Somos autores** del trabajo final consistente en Intervención en un caso de Trastorno sexual (Hiper deseo sexual), el mismo que presentamos para obtener el diploma final.
2. **El trabajo no ha sido plagiado** ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. **El trabajo presentado no atenta contra derechos de terceros.**
4. **El trabajo no ha sido publicado ni presentado anteriormente** para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. **Los datos presentados en los resultados son reales**, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Asimismo, en caso se detecte la falsedad, plagio u otra falta ética, la institución se reserva el derecho de imponer la sanción administrativa correspondiente, pudiendo incluso anular el certificado final expedido o denegar el otorgamiento del mismo, así como realizar las acciones legales pertinentes y notificar a las autoridades pertenecientes a las instituciones aliadas a fin de que inicien las acciones que consideren necesarias.

Cajamarca, 11 de Mayo del 2024



Camila Del Pilar Polo Meregildo



Emersson Reutters Sichez Nieto



Juan Carlos Morocho Castro

“INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRASTORNO SEXUAL”

AGRADECIMIENTO

A mi madre Felipa Meregildo Grados, por su amor, por ser mi fuerza, guía y motivación en la culminación de este gran reto. Eternamente agradecida a ella.

Camila Del Pilar Polo Meregildo

A Dios, a mis padres, mi hermano, por su apoyo y motivación en todo lo que me propongo realizar.

Emersson Sichez Nieto

Agradezco la oportunidad de perfeccionarme como profesional y a las personas involucradas en esta investigación. Familia, maestros y compañeros.

Juan Carlos Morocho Castro

PRESENTACIÓN

Se llevó a cabo el presente plan de intervención en un adulto de 22 años “Intervención en un caso de Trastorno Sexual” con la finalidad de intervenir en el trastorno y ofrecer herramientas para recuperar un estilo de vida estable. Se tratará de un trabajo para erradicar conductas desadaptativas y menorar la sintomatología propia del trastorno sexual, por medio de técnicas de la terapia cognitivo conductual. El plan de intervención consta de 9 sesiones.

Palabras claves: Trastorno sexual, terapia cognitivo conductual.

ÍNDICE

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD.....	ii
AGRADECIMIENTO	iv
PRESENTACIÓN.....	v
ÍNDICE.....	vi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1. Planteamiento del problema	8
1.1. Descripción del estudio de caso.....	8
1.2. Datos generales.....	9
1.2.1. Nombre del caso.....	9
1.2.2. Lugar de ejecución del caso.....	9
1.2.3. Responsables.....	9
1.3. Justificación.....	9
1.4. Motivo de consulta.....	10
1.5. Datos Familiares	10
1.6. Objetivos terapéuticos	10
1.6.1. Objetivo General.....	10
1.6.2. Objetivos específicos	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Fundamentos teóricos del caso.....	12
2.2. Teorías.....	15
2.3. Definición de términos básicos	18
2.4. CRITERIO DIAGNOSTICO – TRASTORNO HIPERSEXUAL	24
CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION Y CONTENIDO	26
3.1. Plan de trabajo	27
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1. Evaluación de la eficacia del tratamiento	403
5.2. Discusion de resultados.....	433
5.3. Conclusiones y aportes del estudio de caso.....	44
5.4. Recomendaciones del estudio de caso	43
CAPITULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	48
Anexo 01. EVALUACION PROYECTIVA	50
Anexo 02. ENTREVISTA.....	60
Anexo 03. HOJA DE REGISTRO CONDUCTUAL	63
Anexo 04. ANAMNESIS PARA ADULTOS.....	67
Anexo 05. SESIONES DE INTERVENCION.....	77

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema

1.1. Descripción del estudio de caso

En la vida diaria, la sexualidad cumple una función importante sería en el aspecto emocional y de relación entre las personas; el propósito no solamente es el de reproducirse, sino también satisfacer algunos deseos sexuales a través del coito, masturbación, besos, caricias, abrazos, petting; pero ¿Qué ocurre cuando una persona presenta dificultades en su desempeño sexual? Y más importante aún ¿Se estará tomando la debida importancia ante la presencia de alguna dificultad en la actividad sexual de las personas? Si bien es cierto, es muy común que ciertas personas sientan vergüenza y decidan no acudir con algún especialista, pero cabe precisar que esta decisión puede alargar más el tiempo de una posible disfunción sexual.

Para hablar de trastornos sexuales primeros debemos hablar sobre sexualidad y sus definiciones por lo tanto como grupo tomamos en cuenta lo que la organización panamericana de la salud nos dice y lo que refieren otros autores sobre la sexualidad.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2006) La sexualidad es fundamental e importante para el bienestar y la calidad de vida de todas las personas, de todas las edades; así por tal es tratada por profesionales de la salud para poder resolver sus problemas o brindar ayudas e información. También debemos hacer referencia de que los Problemas Sexuales se definen, como una dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y/o resolución) que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual.

Que a su vez integra factores emocionales que afectan la función sexual incluyen, tanto los problemas interpersonales, psicológicos propios de la persona, por ejemplo: la depresión.

Zamora (2011) nos menciona que la Sexualidad Humana engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo, genero, identidades, orientaciones, que caracteriza al individuo de manera decisiva en todas las fases de su desarrollo.

En este sentido, se hace importante una adecuada intervención en la problemática de salud, y para este se debe de contar con programa especializado, con este fin, abordamos el presente plan de intervención en un caso de trastorno sexual,

en un joven de 22 años de edad quien presenta una sintomatología en hiperdeseo sexual.

1.2. Datos generales

1.2.1. Nombre del caso

Intervención en un caso de Trastorno Sexual

1.2.2. Lugar de ejecución del caso

1.2.2.1. País y ciudad: Perú - Cajamarca

1.2.2.2. Nombre de la institución: Centro de Salud Cortegana

1.2.2.3. Dirección: Calle – San Miguel s/n

1.2.2.4. Número de teléfono de contacto: Ninguno

1.2.3. Responsables

- Camila Del Pilar Polo Meregildo
- Juan Carlos Morocho Castro
- Emersson Reutters Sicchez Nieto

1.3. Justificación

Justificación práctica: Permitirá a que otros profesionales e instituciones inmersas en el interés del bienestar humano cuenten con un programa necesario e importante que pueda intervenir frente a la problemática del trastorno sexual de hiper-deseo sexual, a partir de la intervención con el usuario (paciente) y mejorar su funcionamiento dentro del ámbito personal y social. Así mismo el programa presentado dará paso al interés de crear nuevos programas de intervención.

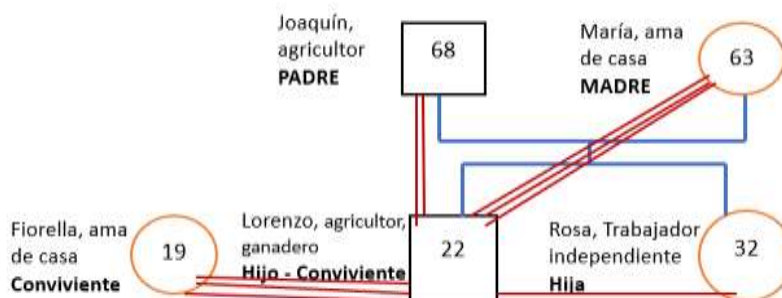
Justificación Social: Hasta el momento en el centro de salud no se ha creado programa como el “Intervención en un caso de trastorno sexual” contando con las características del usuario e incluyendo las características de nuestra entidad (Centro de Salud I-3 - MINSA), pues es de necesidad que este programa sea la base para crear una conciencia de intervención inmediata frente a cada problemática en salud mental (Trastorno Sexual) no solo para nuestro centro de salud si no a nivel de intervenciones más especializadas en entidades de mayor nivel.

Justificación Metodológica: Esta investigación forjo conocimientos como referencia para nuevas investigaciones con semejantes problemáticas, evidenciando la eficiencia que posee la intervención manejada para lograr los resultados. Además de ello la realización de este estudio llenará vacíos teóricos a nivel local ya que no se encuentran estudios con dicha variable.

1.4. Motivo de consulta

Evaluar aspectos relevantes de la conducta del cliente, quien está manifestando alteraciones en su deseo sexual, “Siento mucho deseo sexual” (esto ocurre cada vez, cuando ve a su pareja).

1.5. Datos Familiares



1.6. Objetivos terapéuticos

1.6.1. Objetivo General

Disminuir la conducta de hipersexualidad del paciente.

1.6.2. Objetivos específicos

- Identificar los estímulos que desencadena la conducta sexual compulsiva.
- Analizar los reforzadores positivos de la conducta sexual compulsiva.
- Utilizar estrategias cognitivo conductual para la modificación de la conducta sexual compulsiva.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Fundamentos teóricos del caso

Antecedentes internacionales

En una investigación realizada, por Olives, Farré, y Borja, (2015) en el Hospital Universitario Dexeus de la ciudad de Barcelona, para conocer la psicopatología y la personalidad en la adicción al sexo se plantearon el objetivo de describir la sintomatología del Eje I comórbida en los participantes, las dimensiones de su personalidad a partir de la prueba TCI-R, así como el nivel de compulsividad sexual, la conducta hipersexual y el riesgo a padecer adicción al Cibersexo. Se utilizó una muestra de 59 pacientes del servicio de psiquiatría de a los cuales se le aplicaron diversas pruebas como: SCL-90, TCI-R, SCS, HBI-19 y ISST, además de una tabla sociodemográfica e historia clínica con antecedentes personales. Los resultados indicaron ausencia de sintomatología psiquiátrica clínicamente significativa en los participantes, pero sí se encontró presencia de compulsividad sexual ($X= 61,3$; $SD= 19,03$), conducta hipersexual ($X= 62$, $SD= 19,5$), así como posibilidad de padecer conducta sexual adictiva a través de Internet ($X= 11,44$, $SD= 5,52$).

Melgar y Cervera (2016) realizaron una investigación denominada Intervención en la Adicción al Sexo: Descripción de un Caso, se llevaron a cabo 18 sesiones de tratamiento. llevando a cabo intervenciones de corte cognitivo conductual, las 4 últimas sesiones se dedicaron a la prevención de recaídas y la fase de terminación. El objetivo general del plan terapéutico que se planteo es “La descripción de una intervención en un caso de adicción al sexo”. Sus resultados expresan que tras la aplicación de la intervención el paciente verbaliza una mejoría en su estado, observándose una disminución significativa de la frecuencia de la conducta problema (abstinencia en el contacto con prostitutas). En conclusión, los autores refieren que un abordaje holístico, frente a intervenciones puramente conductistas que se llevan a cabo en otras adicciones, en las personas que presentan este tipo de adicciones. Es importante la comprensión funcional de la conducta problemática y establecer de forma conjunta conductas alternativas congruentes con los valores de la persona (metas vitales).

Montsinos y Ortega (2022) desarrollaron un estudio de caso con un paciente gay con VIH con problemas en el control de impulsos sexuales, en la ciudad de Madrid, El objetivo de la presente investigación fue evaluar la utilidad del, un

protocolo de 8 semanas basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso para tratar la hipersexualidad y valorar su aplicabilidad. Los cambios fueron medidos mediante autorregistros y cuestionarios estandarizados. El índice de cambio clínicamente significativo de Jacobson-Truax reveló mejoras en hipersexualidad y flexibilidad psicológica. El tratamiento fue seguido de una reducción de hipersexualidad del 90% ($t=-0,9$, $p=0,0$) y una drástica reducción mantenida a los tres meses en tiempo empleado en buscar citas, número de encuentros y parejas y frecuencia de consumo de sustancias.

Hervías, Romero y Marchena (2020) realizaron una investigación sobre las diversas manifestaciones de la adicción al sexo con mayor incidencia en los hombres, abordando el análisis funcional e intervención de un caso de adicción a pornografía por Internet, se intervino con el modelo de terapia cognitivo conductual, se realizaron mediaciones antes y después de las 13 sesiones con una periodicidad de 1 vez a la semana. El tratamiento se enfocó en 5 fases: la fase 1. Evaluación, registros de conducta y psicoeducación; fase 2. Control Estimular, manejo de pensamientos distorsionados y anticipación de consecuencia negativas; fase 3. Autoestima y habilidades de comunicación; fase 4. Prevención de recaídas y anticipación de situaciones de riesgo; fase 5. Seguimiento. En los resultados obtenidos se logró una mejoría terapéutica de forma objetiva (en términos de descenso en las puntuaciones de los instrumentos utilizados) y subjetiva, descrita en función de las verbalizaciones y afirmaciones realizadas por el paciente.

Fernández y Echeburúa (1998) aplicaron un tratamiento cognitivo conductual en el caso de un paciente de 50 años. El programa estuvo conformado por 10 sesiones de las cuales nueve fueron individuales y una de pareja. Las sesiones fueron de una hora de duración una vez por semana. Los instrumentos usados fueron la escala de inadaptación, el test de ajuste marital, la escala de Expectativas de cambio, el cuestionario de evaluación psicopatológica, entre muchos otros. Las técnicas utilizadas fueron la reestructuración cognitiva, control de estímulos y sensibilización encubierta, entre otros. Los hallazgos demostraron que, tras un año de seguimiento, los abusos habían desaparecido, así como también las respuestas de excitación sexual.

García, Ballester, y Gil, (2020) realizaron una investigación para comprobar si existe relación entre el estado anímico y la conducta hipersexual tanto en hombres como en mujeres. La muestra de investigación estuvo conformada por 400 participantes (276 hombres y 224 mujeres) entre las edades de 18 y 40 años se les aplicó una encuesta online que incluía medidas de control de impulsos sexuales (Inventario de Hipersexualidad y de malestar emocional (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Concluyeron que la ansiedad tiene un peso importante en la hipersexualidad, sobre todo en los hombres, mientras que la edad también resultó ser relevante en este problema, los síntomas de hipersexualidad se agravan con la edad.

Antecedentes Nacionales

Según Blas (2014) realiza una revisión bibliográfica, conceptual sobre las adicciones comportamentales que se presentan en la población peruana. Las principales adicciones psicológicas tienen que ver con nuevas tecnologías y herramientas: internet, redes sociales, móviles, videojuegos; pero también se consideran adicciones al sexo, al trabajo y a las compras. La adicción al sexo implica un conjunto recurrente de conductas, pensamientos y fantasías, activación fisiológica y ansia por llevar a cabo conductas sexuales, esta adicción constituye la falta de control de los impulsos y se caracteriza por la práctica sexual breve, anónima, repetitiva y poco satisfactoria. Concluye indicando que cualquier tipo de comportamiento que se mantiene por reforzamiento positivo, puede llegar a ser adictivo. Además, menciona que existen muy pocos espacios abiertos para estudiar y afrontar las adicciones psicológicas, y se limitan a las adicciones por sustancias.

Apumayta, (2021) en su trabajo de titulación realizó una investigación cuantitativa, de tipo correlacional y de corte transversal, para determinar “relación entre estilos de apego y los niveles de adicción al sexo en universitarios de Arequipa”, la muestra de investigación estuvo conformada por 424 estudiantes con un muestreo no probabilístico de tipo censal. Los datos se obtuvieron por medio del Cuestionario de Apego Adulto-versión reducida (Camir-R) y el Instrumento de Medición de Adicción al Sexo (MAS). Concluye que existe una relación directa y significativa entre estilos de apego y niveles de adicción al sexo

en las siguientes dimensiones: conducta sexual violenta; estimulación pornográfica; multiplicidad de parejas.

2.2. Teorías

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL:

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una forma de psicoterapia cuyo propósito radica en resolver problemas actuales, emociones y conductas disfuncionales, tomando en cuenta el rol que juega el aprendizaje humano, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje en los problemas psicológicos (Vernon y Doyle, 2018).

Zaldivar (2013, citado por Díaz et al., 2016) menciona que los autores de mayor reconocimiento de este modelo terapéutico son Albert Ellis y Aaron T. Beck. Fueron quienes tomaron en cuenta las creencias y otros aspectos cognitivos en las dificultades emocionales, además de la brevedad, efectividad y resultados empíricos en investigación sobre este modelo. También, existen tres principios básicos que relatan los autores. El primero consiste en que la cognición afecta al comportamiento y a la emoción; el segundo, en que a la cognición se le puede dar un seguimiento y lograr cambiarla; finalmente, el tercero, en que, cambiando las propias creencias, se puede generar modificaciones en la conducta y, así, lograr experiencias más adecuadas (Garay y Keegan, 2016).

Acuña (2018) indica que el modelo cognitivo conductual se centra en investigación científica y está establecido en las prácticas científicas, las cuales han sido comprobadas a lo largo del tiempo. Con relación a las técnicas de intervención en este modelo, Caballero y Gálvez (2019) refieren que la TCC incluye técnicas de psicoeducación, de cambio en pensamientos, conductas y de activación fisiológica. Por otro lado, dentro de las técnicas que contribuyen a la adherencia al tratamiento y que buscan generar un impacto de mayor relevancia, se encuentran las técnicas psicoeducativas y conductuales.

Terapia Cognitiva de Beck

Este modelo es de tipo cognitivo y uno de los pilares más importantes e influyentes en la terapia cognitivo conductual. La terapia cognitiva sostiene que las respuestas emocionales y comportamentales se dan como consecuencia del procesamiento de la información acerca de un evento (Vernon y Doyle, 2018).

Tiene como objetivo hacer cambios en los pensamientos y comportamientos disfuncionales. El autor de esta terapia es Beck, quien se aleja del psicoanálisis y comienza a emplear esta terapia en casos de depresión, donde las intervenciones se dan de forma exitosa. En 1976, Beck introduce el término psicoterapia cognitiva y brinda conocimiento sobre su modelo, enseñando así los niveles de cognición donde identifica pensamientos automáticos, esquemas y distorsiones cognitivas. Asimismo, la terapia está orientada a enseñar al paciente a intervenir en sus pensamientos automáticos negativos, identificar la analogía entre cognición, emoción y conducta, identificar evidencias a favor y en contra de sus cogniciones distorsionadas, cambiar pensamientos irracionales por otros racionales y, finalmente, aprender a identificar y cambiar las creencias no realistas. Beck llama a este proceso reestructuración cognitiva, la cual es una técnica para cambiar las interpretaciones de los pacientes al cuestionarse su propia cognición (Castillo, 2016; De Oliveira, 2016)

TERAPIA SEXUAL:

Se refiere a cualquier intento sistemático de parte de un profesional de la salud para aliviar la disfunción sexual o problemas experimentados por un cliente en el área de lo sexual (Wiederman, 1998).

Proponen una psicoterapia breve, directiva (no interpretativa), en coterapia, que utiliza tareas conductuales, técnicas cognitivas y aborda los aspectos comunicacionales de la pareja. Consideran también como intervención la educación sexual y la atención individual y de pareja, orientadas a adquirir insight sobre los factores que causan o mantienen las dificultades sexuales y de relación. Un aporte central de la terapia de Masters y Johnson fue la creación de un de ejercicios simples, que denominaron “focalización sensorial”, que se entregaba como tarea a la pareja, para ser realizados en la intimidad, con el objetivo de indagar sobre nuevas maneras de alcanzar intimidad y erotismo.

El enfoque de Masters y Johnson (1970) se basaba en la idea de que los clientes poseían una capacidad física y psicológica para lograr un funcionamiento sexual “normal” sano y que, a la base de las disfunciones, había problemas en el aprendizaje, como crianzas estrictas, cuyas consecuencias serían expectativas no realistas, desinformación y ansiedad de ejecución. Estas causas se enraizaban, según estos autores, en el presente y eran accesibles desde la conciencia. Una

aproximación actual es la perspectiva de los guiones cognitivos y sociales, que plantea que el funcionamiento sexual es aprendido e influenciado por las percepciones, creencias y actitudes que se generan en el proceso de desarrollo. Así, donde existe una dificultad sexual, la etiología de ésta reside finalmente en experiencias de aprendizaje del pasado que se manifiestan en cogniciones problemáticas del presente, que resultan de un aumento de ansiedad durante el acto sexual (Wiederman, 1998).

Técnica Foco Sensorial:

William Masters y Virginia Johnson (1970) elaboraron un amplio estudio acerca de las disfunciones sexuales y su tratamiento a través de técnicas las cuales se continúan utilizando en la actualidad. Una de las técnicas elaboradas es la Técnica de Focalización Sensorial. El objetivo principal de la focalización sensorial es que ambos miembros de la pareja identifiquen y tomen conciencia de sus propias sensaciones corporales, para poder así, aumentar el disfrute con la estimulación y aprender a estimular de forma placentera a su pareja.

De esta manera, lo que se consigue es que los miembros de la pareja disminuyan de forma progresiva su ansiedad ante las situaciones sexuales, al mismo tiempo que se mejora la comunicación, la intimidad y la confianza entre ellos.

La psicoeducación es una labor muy importante también. Otra de las pautas habituales en este tipo de terapia es la comunicación de las propias preferencias sexuales.

Técnica del registro de pensamientos automáticos

Esta técnica cognitiva facilita al paciente a examinar mas de cerca sus propios pensamientos y sentimientos de una forma objetiva. Para dicha técnica se sugiere a los pacientes usar algún tipo de material como un cuadernillo o diario de registro. La finalidad suprema de esta técnica consiste en que el paciente sea capaz de registrar las distintas situaciones que anteceden a las emociones desagradables y los pensamientos que ello suscita. Así pues, el fin es ayudar al paciente a que aprenda a autocontrolar dichos efectos a través de la correcta identificación de las emociones y la detección de los pensamientos distorsionados que surgen en ese momento (Hernandez & Sanchez, 2007).

Técnica de reatribución.

Es una técnica cognitiva que consiste en cambiar las percepciones distorsionadas acerca de algo. En ese sentido se trata de cambiar las ideas poco realistas y sus efectos negativos. Así pues lo sustancial de esta técnica recae en la examinación de los criterios por los cuales se llegó a la autoatribución de ciertas etiquetas que hacen que el paciente actúe como tal. Un claro ejemplo de ello sucede cuando un individuo se da cuenta que, al llegar al trabajo, su compañero no contestó al saludo, haciéndole pensar que tal vez hizo algo que le molestó. No obstante, la técnica de reatribución redirige la causa, atribuyéndolo a otros factores tales como, no haber escuchado el saludo, estar absorto en sus pensamientos, estar desconcentrado, etc. *Fuente especificada no válida.*

2.3. Definición de términos básicos

SEXUALIDAD, Según la Organización Panamericana de la Salud (2006) La sexualidad es fundamental e importante para el bienestar y la calidad de vida de todas las personas, de todas las edades; así por tal es tratada por profesionales de la salud para poder resolver sus problemas o brindar ayudas e información. También debemos hacer referencia de que los Problemas Sexuales se definen, como una dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y/o resolución) que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual.

Así mismo la (OMS) (citado en Velázquez, 2015), la sexualidad humana está definida como: La sexualidad es el ente central del ser humano, cada individuo es un ser sexual desde que nace y a lo largo de su vida, la sexualidad abarca aspectos psicológicos, psíquicos. y físicos como la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos e inclinamos, se basa en nuestra perspectiva, aprendizaje y forma de crianza.

Que a su vez integra factores emocionales que afectan la función sexual incluyen, tanto los problemas interpersonales, psicológicos propios de la persona, por ejemplo: la depresión.

Urruzola (2000) nos menciona que la Sexualidad Humana engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas

y de conducta, relacionadas con el sexo, género, identidades, orientaciones, que caracteriza al individuo de manera decisiva en todas las fases de su desarrollo.

Por otra parte, se puede decir que la sexualidad es un fenómeno pluridimensional que abarca aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, culturales y morales. Por lo tanto, ninguna dimensión de la sexualidad puede ser tomada de forma aislada (Urruzola, 2000).

Eventualmente la sexualidad implica características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos proporciona comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como mujeres y hombres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que lo expresa a través del cuerpo, es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia del desarrollo personal (Carrizo, 1982).

SEXO: La palabra “Sexo” nos refiere a una característica de diferenciación biológica, que diverge al Hombre o Mujer. (Arango, 2008)

Aguirre (2012). Manifiesta que desde nuestro nacimiento se logra visualizar las diferencias fisiológicas que distinguen a un hombre de una mujer, en su primera instancia estas diferencias son rasgos físicos y los órganos genitales o reproductores.

IDEOLOGÍA DE GÉNERO, La ideología de género es la idea de que el género es un constructo social, el comportamiento de cada individuo basado en el sexo (masculino o femenino) dentro del ámbito cultural y el ambiente donde se desenvuelve, lo contrario al significado del sexo, que tiene que ver con la estructura biológica y orgánica (Miranda, 2012).

DESEO SEXUAL, Kaplan (1979) citado por Gómez (1995, p.6) refiere que el deseo sexual es esencialmente similar a cualquier otro impulso como por ejemplo la sed o el hambre, los cuales dependen de una actividad de una estructura anatómica específica del cerebro, así mismo esta autora lo asigna como una sensación que hace que un individuo busque experiencias sexuales o a mostrarse receptivo a ellas. Hellen Kaplan propuso el modelo Trifásico de respuesta sexual, el cual está compuesto por tres fases independientes entre sí, pero formando al mismo tiempo una unidad, estas fases son: Deseo, excitación y orgasmo, y pueden ser alteradas independientemente. La alteración de cada fase produce los

trastornos específicos de cada una; ya que cada fase responde a una entidad neurofisiológica específica.

ACTIVIDAD SEXUAL, El acto sexual, es la manera en la que se expresa el erotismo, iniciado por el deseo y que se caracteriza por las actitudes de placer que presenta un individuo y que puede surgir de una necesidad física o también emocional, en donde como satisfacción se necesita de la interacción de las relaciones coitales (Arango, 2008). Dentro de este tipo de actividad existe una serie de normas que rige la vinculación entre los individuos como lo son el matrimonio, el noviazgo, los amantes, la unión libre, etc. (Quintino, 2012). Desde un punto de vista más biológico, también puede entenderse como toda actividad física que involucra el accionar de los órganos sexuales con fines de reproducción o placer tales como la masturbación, abrazos, besos, el coito, etc. (Rathus, Nevid, y Fichner, 2005).

Un aspecto importante de la actividad sexual humana, es lo que los científicos denominan ciclo de respuesta sexual. Este término fue popularizado por los investigadores Master y Johnson en la década de los 60. En sus estudios lograron identificar una serie de similitudes en las reacciones fisiológicas de los hombres y las mujeres. En ese sentido ambos experimentan una serie de cambios fisiológicos, el cual se le conoce por el nombre de vaso congestión y miotomía. La primera se caracteriza por el aumento de volumen de los tejidos genitales al llenarse de sangre tal y como sucede con el pene provocando su erección, y en el caso de las mujeres origina la dilatación de la abertura vaginal. No obstante, también hay otras zonas del cuerpo que aumentan su volumen en esta fase de excitación, tales como los testículos y los pezones. En cuanto a la miotomía, se describe como la tensión muscular que provoca contracciones musculares voluntarias o involuntarias como puede ser los gestos faciales de placer, los espasmos en manos, piernas y pies, así como también los espasmos propios del orgasmo.

De acuerdo al modelo de Master y Johnson existen cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (Rathus, Nevid, y Fichner, 2005).

En la primera fase denominada excitación, la vasocongestión provoca que el pene, de naturaleza cavernosa, empiece a llenarse de sangre hasta alcanzar la erección, la cual puede ocurrir de forma lenta o rápida dependiendo del nivel de excitación

del individuo y respondiendo a otros factores tales como la edad. Los cambios más notorios en esta etapa, se evidencia en el engrosamiento de la piel del escroto y el aumento de tamaño de los testículos.

Para el caso de las mujeres, los cambios fisiológicos que suceden en esta primera etapa son la lubricación vaginal, el vaso congestión del clítoris y los labios mayores, así como también la dilatación y engrosamiento de las paredes vaginales. Otros cambios en el cuerpo femenino son la dilatación y levamiento del útero, así como también el aumento de tamaño de los pezones.

La segunda fase se denomina meseta y se caracteriza porque el nivel de excitación permanece constante. Los cambios fisiológicos en el hombre se manifiestan a través del incremento de la circunferencia de la corona peneana y el glande se torna color púrpura en tono oscuro. Por su lado los testículos aumentan su elevación preparándose para la eyaculación y puede llegar a aparecer pequeñas gotas en la punta del pene, secretadas por la glándula de Cowper. Por otro lado, en la mujer la abertura vaginal se contrae y la parte interna se extiende totalmente haciendo que el útero se eleve. Empieza la secreción de un fluido mucoso segregada por las glándulas de Bartholin. En cuanto a las zonas externas, se aprecia que el clítoris se cubre bajo una piel o capucha y los labios menores toman un color rojizo.

La tercera fase es el orgasmo. En el hombre consta de dos partes. En la primera sucede una serie de contracciones que hacen que el semen se almacene en el bulbo uretral originando la sensación de una eyaculación inminente e inevitable que dura de dos a tres segundos. En la segunda parte, el bulbo uretral expulsa el semen a través de la uretra, lo que recibe el nombre de eyaculación. El placer que pueda sentir el hombre va a estar en relación con la fuerza de las contracciones y la cantidad de fluido seminal que expulse su cuerpo.

En el caso de la mujer en esta etapa ocurre una serie de contracciones de los músculos pélvicos que varía de tres a quince, produciendo al final la sensación de liberación de la tensión sexual. Según los estudios tanto el útero como el esfínter anal también pueden llegar a contraerse.

Fase de resolución. En esta fase el hombre después de haber eyaculado, pierde la erección del pene. Los testículos, así como el escroto, vuelven a su posición y tamaño original. En el cuerpo femenino los pezones

TRASTORNO, Pérez y Merino (2009) hacen referencia al estado anormal de la persona por un desorden psicológico referente a ideas y pensamientos, por lo que se podría decir no encaja en la sociedad por su poca adaptabilidad debido a ello es necesario recurrir a un profesional, experto en la materia para posteriormente recibir tratamiento. Los trastornos mentales o también conocidos como neuropsiquiátricos y del comportamiento, afecta a 450 millones de individuos en el mundo, lo cual indicaría que 1 de cada 4 personas, padecería un trastorno mental a lo largo de su vida (Valencia, 2007). De acuerdo a estudios recientes en américa latina, se estima que factores como la pobreza, el abandono, la marginación, están asociados al padecimiento de algún tipo de trastorno mental, siendo lo más preocupante que la gran mayoría de ellos no recibe tratamiento (Morales, 2010).

TRASTORNOS SEXUALES,

Los trastornos sexuales son estados anómalos que refieren una alteración de las respuestas físicas de las funciones sexuales. Caracterizados por alteraciones del deseo sexual como también de la respuesta sexual que provocan malestar y problemas en las relaciones interpersonales, comprender trastornos que involucren el proceso de la relación sexual, tanto el deseo, la excitación, y el orgasmo, como también disfunciones sexuales por enfermedades médicas o como consecuencia del consumo de sustancias (DSM IV, 1995)

**Características:*

Pueden aparecer en las etapas del ciclo de relación sexual normal

Según Gorguet, (2008) pueden ser de dos tipos:

Orgánicos: Referidos con alteraciones de algún órgano o forma estructural, generalmente esto se da como consecuencia del consumo de algún tipo de fármaco, alcohol, enfermedades crónicas, sedantes, drogodependencia, etc.

Psicosociales: Ocasionados por problemas psicológicos, culturales y ambientales, tales como baja autoestima, depresión, la percepción errónea del propio cuerpo, violación, conflictos de pareja o familiares, escasa educación sexual, creencias religiosas o mitos culturales, etc.

Según DSM-IV-TR; los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración en los procesos que se dan en el ciclo de la respuesta sexual o por algún dolor que se

encuentre asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

1. Deseo: consiste en tener fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevar estas a cabo.
2. Excitación: consiste en la sensación subjetiva del placer sexual y va acompañada de cambio fisiológicos. Los cambios más importantes en el hombre son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son el vaso congestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina y la tumefacción de los genitales externos.
3. Orgasmo: consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el hombre existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones de la pared del tercio externo de la vagina. En ambos casos el esfínter anal se contrae de manera rítmica.
4. Resolución: consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Los hombres son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un periodo de tiempo variable. Mientras que las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediata.

DESEO SEXUAL HIPERACTIVO, Denominada también adicción al sexo, donde la práctica sexual es repetida y excesiva, así mismo, de no llegar a la satisfacción se recurre a la promiscuidad y frustración, debido a que el sexo se convirtió en el objetivo principal (Lliana y Gorguet, 2008). Dicho trastorno implica el desarrollo de conductas sexuales irrefrenables como vehículo para lograr la auto gratificación (Echeburúa, 2012).

Según estudios, se estima que el 6% de la población mundial padece de este tipo de trastorno siendo la prevalencia de un 3 al 17.4% en hombres y del 1.2 al 32.2% en mujeres (Castro, Ballester, Salmeron, Gil, & Morell, 2016).

De otro lado en cuanto a los factores etiológicos de este trastorno, según a estudios recientes, se debe a un desorden hormonal por algún medicamento ingerido, una fase de ansiedad grave u otra forma de trastorno encubierto. Cualquiera que sea el factor es importante mencionar que genera una perturbación en la vida diaria

del individuo y sobre todo en su relación de pareja; y en cuanto a las consecuencias. Se encuentran que los conflictos entre la pareja no solo van a ser incuestionables en el área sexual, sino que acabarán irrumpiendo otros aspectos de la relación. (Cabello y Santamaría, 2007).

En cuanto al aspecto netamente clínico de este trastorno, según el DSM –V el trastorno de hipersexualidad se caracteriza por los siguientes criterios diagnósticos (Echeburúa, 2012):

- Uso del tiempo excesivo en fantasías y deseos sexuales como también la planificación y realización de conductas sexuales.
- Presencia de conductas sexuales y deseos en respuesta a estados de ánimo en situación de disforia.
- Presencia de conductas sexuales repetidas como consecuencia de situaciones estresantes.
- Intentos fallidos por controlar o disminuir las fantasías, deseos y conductas sexuales.
- Conductas sexuales repetitivas que implican un riesgo físico, psicológico o emocional para el mismo individuo u otras personas.

Todos estos criterios deben tener una duración de al menos seis meses para ser catalogados como requisitos indispensables para el diagnóstico de trastorno de hipersexualidad. No obstante, también se debe tener en cuenta otros tres aspectos importantes como el hecho de que el sujeto debe ser mayor de 18 años, los síntomas no se deben a efectos de alguna sustancia psicoactiva y deben provocar malestar significativo a nivel social, laboral u en otras áreas importantes de la vida del sujeto.

2.4. CRITERIO DIAGNOSTICO – TRASTORNO HIPERSEXUAL

DSM-5 Trastorno Hipersexual (THS) es caracterizado por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales no parafilicas, asociadas a un componente de impulsividad, que provocan un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional (citado por Chiclana, 2014, p2).

- Criterios diagnósticos propuestos por la DSM-5 para el Trastorno Hipersexual:

A. Durante un período de al menos seis meses, presenta fantasías sexuales recurrentes e intensas, impulsos sexuales y conducta sexual en asociación con cuatro o más de los siguientes cinco criterios:

1. Consume excesivo tiempo en fantasías e impulsos sexuales, planificando y participando en conductas sexuales.
2. Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a estados de ánimo disfóricos (por ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).
3. Repetidamente desarrolla fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a eventos estresantes de la vida.
4. Repetitivos e infructuosos esfuerzos por controlar o reducir significativamente esas fantasías, impulsos y conductas sexuales.
5. Repite el comportamiento sexual sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional a sí mismo o a otros.

B. Hay un malestar clínicamente significativo o deterioro personal en las áreas social, profesional o de otro tipo de funcionamiento, asociado con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos y conductas sexuales.

C. Estas fantasías sexuales, impulsos y conductas no se deben a los efectos fisiológicos directos de sustancias exógenas (por ejemplo, drogas de abuso o medicación) o a episodios maníacos.

D. La persona tiene al menos 18 años. Además, se debe especificar si las conductas son masturbación, consumo de pornografía, relaciones sexuales consentidas con adultos, prácticas sexuales a través de internet (cibersexo), llamadas a teléfonos de contenido sexual, asistencia a clubs de striptease o varias de ellas.

CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCION Y CONTENIDO

3.1. Plan de trabajo

3.1.1 Sesión 01

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N° 1: Psicoeducación y aplicación de la técnica SPAC: Situación, Pensamiento, Afecto, Conducta.	INICIO	- Racionamiento - Participación - Lluvia de ideas - Reflexión Técnicas: ✓ Raport ✓ Entrevista psicológica ✓ SPAC	- Papel bond de color y blanco - Lamina de SPAC en imágenes - Lápices - Borrador - Lapicero	1 hora
	• Rapport • Establecer agenda del día. • Evaluación del estado del problema.			
	PROCESO			
	• Entrevista Psicológica. • Conceptualización del problema. • Fase de socialización Terapéutica. (Se explica al evaluado utilizando una secuencia personal, la relación SPAC – Situación, Pensamiento, afecto y conducta).			
	CONSOLIDACIÓN			
	• Programación de tareas para casa. • Resumen de la sesión. • Se le pide al paciente (opiniones, dudas, etc). • Feedback de comprensión.			

3.1.2 Sesión 02

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo								
Sesión N° 2 Deconstrucción de patrones culturales relacionados al sexo.	INICIO	- Psicoeducación - Participación - Reflexión Técnicas: ✓ Raport ✓ Registro diario de pensamientos distorsionados ✓ Descubrimient o guiado ✓ Retribución	Plumone s	1 hora								
	• Rapport • Establecer agenda del día. • Evaluación del estado del problema.											
	PROCESO											
	1. Registro diario de pensamientos distorsionados <table><tr><th>FECHA Y HORA</th><th>SITUACIÓN</th><th>EMOCIONES</th><th>PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS</th><th>RESPUESTAS RACIONAL</th><th>RESULTADO</th></tr><tr><td>Lunes a las 9.00</td><td>Estoy en la calle y veo a un perro y se pone a ladrar</td><td>Ansiedad (70%)</td><td>Ladra porque se ha enfadado y me quiere morder</td><td>Que un perro ladre no necesariamente significa que esté enfadado y quiera morder (60%)</td><td>Credibilidad de que el perro ladra porque me quiere morder (30%) Grado de ansiedad (20%)</td></tr></table> 2. Descubrimiento guiado: Ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático. ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos? ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación? ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera? Fuente especificada no válida.. 3. Técnica de retribución: Encaminadas a modificar los sesgos cognitivos, relacionados con las dimensiones atribucionales de locus de control (interno/ externo), estabilidad (estable/inestable) y especificidad general Fuente especificada no válida..				FECHA Y HORA	SITUACIÓN	EMOCIONES	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	RESPUESTAS RACIONAL	RESULTADO	Lunes a las 9.00	Estoy en la calle y veo a un perro y se pone a ladrar
FECHA Y HORA	SITUACIÓN	EMOCIONES	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	RESPUESTAS RACIONAL	RESULTADO							
Lunes a las 9.00	Estoy en la calle y veo a un perro y se pone a ladrar	Ansiedad (70%)	Ladra porque se ha enfadado y me quiere morder	Que un perro ladre no necesariamente significa que esté enfadado y quiera morder (60%)	Credibilidad de que el perro ladra porque me quiere morder (30%) Grado de ansiedad (20%)							

	CONSOLIDACIÓN			
	• Programación de tareas para casa. • Resumen de la sesión. • Feedback.			

3.1.3 Sesión 03

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N° 3 Reemplazo de la conducta sexual	INICIO	- Psicoeducación - Participación - Reflexión Técnicas: ✓ Actividades agradables ✓ Control de estímulos ✓ Técnica de respiración cuadrada.	Lapiceros Hojas impresas	1 H, 20min
	• Rapport • Establecer agenda del día. • Evaluación del estado del problema.			
	PROCESO			
	1. Actividades agradables: Consiste en programar actividades alternativas como fuente de recreación y satisfacción con la intención de contrarrestar la creencia del acto sexual como único medio de satisfacción y/o bienestar psicológico <i>Fuente especificada no válida.</i> 2. Control de estímulos: Consiste en reducir los estímulos que intervienen en la conducta problema, e incrementar aquellos que lo anulan <i>(por ejemplo, no trabajar o mirar escenas eróticas, tratar de ir a la cama a la misma hora, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse, evitar rumiaciones sobre problemas o preocupaciones han ocurrido durante el día, etc.) Fuente especificada no válida.</i> 3. Técnica de respiración cuadrada. Se trata de inhalar, sostener, exhalar, y sostener por paso a segundos.			

	RESPIRACIÓN CUADRADA 			
	CONSOLIDACIÓN			
	• Programación de tareas para casa, aplicar las técnicas 4 veces por semana. • Resumen de la sesión. • Feedback.			

3.1.4 Sesión 04

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N° 4 Identificar los estímulos sensoriales que evocan la conducta hipersexual.	INICIO	Psicoeducación -Lluvia de ideas - Participación - Reflexión Técnicas: ✓ Rapport ✓ Foco sensorial	Hojas impresas	40 mint
	• Rapport • Establecer agenda del día. • Evaluación del estado del problema.			
	PROCESO			
	• Técnica: Foco Sensorial I. Lograr que la pareja se conozca a nivel físico, sensual y erótico y adquiera una actitud positiva, segura y confiada hacia las sensaciones eróticas y afectivas, eliminando la ansiedad y las inhibiciones existentes, a través de la exploración y las caricias físicas (Masters y Johnson,1970). - Fase 1: Se prohíbe a la pareja realizar el coito. - Fase 2: Caricias corporales, incluyendo pechos y genitales, sin orgasmo. - Fase 3: Caricias simultáneas sin orgasmo. - Fase 4: Orgasmo extravaginal sin realizar el coito. -Fase 5: Penetración con orgasmo extravaginal. - Fase 6: Coito normal sin restricciones.			
	CONSOLIDACIÓN			
	• Programación de tareas para casa, aplicar lo aprendido cada día. • Feedback.			

3.1.5. Sesión 05

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N° 5 Inserción de conducta sexual adaptativa	INICIO	- Psicoeducación - Participación - Reflexión Técnicas ✓ Rapport ✓ Role-playing ✓ Promover una nueva imagen	Plumones Hojas impresas	1 hora
	• Rapport • Establecer agenda del día. • Evaluación del estado del problema.			
	PROCESO			
	1. Role-playing: Consiste en asumir un papel y representarlo de forma realista para dramatizar una situación real, a manera de entrenamiento. Al hacer esto, las personas experimentan las emociones, pensamientos y sensaciones de dicha situación en un ambiente controlado (Ruiz, Diaz, y Villalobos, 2012) 2. Promover una nueva imagen: Imaginarse a sí mismo cómo sería y cómo le gustaría que cambiara su vida en distintas áreas son técnicas que ayudan a promover el cambio hacia esquemas más adaptativos y a consolidar los avances que se van produciendo. Por ejemplo, qué metas le gustaría alcanzar, qué imagen le gustaría dar, qué tipo de relaciones mantendría (Ruiz, Diaz, y Villalobos, 2012)			
	CONSOLIDACIÓN			
	• Programación de tareas para casa, reforzar lo aprendido 30 minutos al día. • Resumen de la sesión. • Feedback.			

3.1.6 Sesión 06

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N° 6 Autocontrol de los impulsos sexuales	INICIO	Psicoeducación - Participación - Reflexión Técnicas ✓ Rapport ✓ Conceptualización alternativa ✓ Mindfulness	Fruta picada Plantas o flores del campo. Hojas impresas	1 hora
	• Rapport • Establecer agenda del día. • Evaluación del estado del problema.			
	PROCESO			
	1. Conceptualización alternativa: Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones únicas y la dificultad de encontrar solución a los problemas (Ruiz, Diaz, y Villalobos, 2012) 2. Técnica de mindfulness: Técnica de meditación que busca entrenar la mente para centrar la atención y redireccionar los pensamientos (Segal, Williams, Vásquez y Teasdale, 2002). -Observa un objeto natural: Elige un objeto (si es natural, mejor) de tu entorno inmediato y concéntrate en mirarlo durante un minuto o dos. Esto podría ser una flor o un insecto, o incluso las nubes o la luna. No hagas nada más que observar para relajarte y concentrarte en esta actividad. Puedes analizar cada característica de ese objeto, esto ayudará a ejercitar tu mente para que aprenda a concentrarse en una cosa a la vez.			

	-Come un bocadillo lentamente: Ingiere un pequeño bocadillo lentamente, percibe y disfruta ese chocolate o fruta. Usa todos tus sentidos para verlo, tocarlo, olerlo y sentirlo. Saborea su textura, su sabor, cómo se siente en tu boca. Después de ingerirlo, deja que tus labios se levanten ligeramente y sonríe.			
	CONSOLIDACIÓN			
	• Resumen de la sesión. • Feedback.			

3.2.7. Sesión 07

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N° 7 Disminuir de los síntomas ansiosos a través de la técnica de relajación muscular progresiva.	INICIO	- Técnicas de relajación muscular - Participación - Lluvia de ideas - Reflexión Técnicas ✓ Rapport ✓ Relajación progresiva de Jacobson	- Equipo de música - Tapete	1 hora
	• Rapport • Establecer agenda del día. • Evaluación del estado del problema.			
	PROCESO			
	• Relajación progresiva de Jacobson (Jacobson, 1929) PRIMERA FASE: de tensión-relajación, consiste en tensionar y relajar diferentes músculos, sosteniendo unos 10-15 segundos tanto la tensión como la relajación. Los Grupos Musculares son 4: ✓ Mano, antebrazo y bíceps. ✓ Cabeza, cara y cuello. Frente, nariz, ojos, mandíbula, labio y lengua. ✓ Tórax, estómago y región lumbar. ✓ Muslos, nalgas, pantorrillas y pies. SEGUNDA FASE: repaso mental. TERCERA FASE: relajación mental.			
	CONSOLIDACIÓN			
	• Programación de tareas para casa. • Resumen de la sesión. • Feedback.			

3.2.8. Sesión 08

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N° 8 “Postergación de la recompensa” • Reforzar el autocontrol en la disminución de los impulsos sexuales.	INICIO	- Psicoeducación - Participación - Reflexión Técnicas ✓ Rapport. ✓ Postergación de la recompensa inmediata.	Hojas impresas	40 mint.
	• Rapport • Establecer agenda del día. • Evaluación del estado del problema.			
	PROCESO			
	• Técnica Postergación de la recompensa inmediata (Walter Mischel, 2007): Esta técnica consiste en aplazar el comportamiento impulsivo sexual para una hora determinada establecida por el mismo individuo en ese momento. Esto ayudará a desarrollar un mejor control de los deseos de gratificación sexual. Esto puede plantearse como un reto en el que el objetivo del paciente es demostrar que tan fuerte es para resistir el impulso sexual. Se sugiere que el tiempo de postergación inicie a partir de 30 min y aumentando la cantidad. Si el paciente está lo suficientemente motivado con el reto puede hacer más de una postergación en el mismo día, incluso pudiendo aplazarlo hasta el final del día cuando se encuentre más agotado físicamente.			
	CONSOLIDACIÓN			
	• Programación de tareas para casa. • Resumen de la sesión. • Feedback.			

3.2.9. Sesión 09

Sesión/Objetivo	Actividad	Metodología	Material	Tiempo
Sesión N° 9 Seguimiento de la conducta hipersexual	INICIO			
	• Rapport • Establecer agenda del día. • Evaluación del estado del problema.	- Psicoeducación - Participación - Reflexión		
	PROCESO	Técnicas		
	• Psicoeducación Rueda de la vida (Kübler-Ross, 2011) Es una técnica de autoanálisis de las diversas áreas que componen nuestra vida que busca una toma de conciencia acerca del momento vital en el que nos encontramos y los aspectos en los que debemos trabajar y mejorar para alcanzar una mayor satisfacción. Las puntuaciones van dentro del rango del 1, para nada satisfecho, al 10, totalmente satisfecho. Cuanto más baja sea la puntuación más cerca del centro del círculo se situará el punto para ese aspecto en concreto. Puntuaciones del 8 al 10 significan que se está muy satisfecho en el área en concreto. Autor:	✓ Rapport ✓ Psicoeducación Rueda de la vida ✓ Cuestionario Escala de satisfacción ✓ Psicoeducación Árbol de logros	Lapicero Hojas impresas	1 hora



- **Cuestionario escala de satisfacción (Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2002).**

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. ¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de mi vida?

CONSOLIDACIÓN

- **Técnica Árbol de logros (Bonet, 1997):**

Técnica que permite analizar la imagen que tenemos de nosotros mismos, las cualidades y valores de la persona y los logros alcanzados en su vida.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Evaluación de la eficacia del tratamiento

Tabla 01.

Evaluación pretest y posttest Inventario de Hipersexualidad

Inventario de Hipersexualidad			
	AFRONTAMIENTO	CONTROL	CONSECUENCIAS
PRETEST	32	23	27
POSTEST	9	8	6

Nota: Evolución del tratamiento mediante la valoración pretest y posttest.

Se puede evidenciar en la tabla una reducción altamente significativa del número de síntomas que presentaba el paciente (dimensiones del inventario), en la dimensión de afrontamiento obtiene un puntaje de 32 luego de haber culminado el tratamiento se reduce a 9 puntos, en la dimensión de control obtuvo 23 al iniciar la intervención, para luego reducir a 8, en la dimensión de consecuencias alcanzo el puntaje de 27 para posteriormente disminuir a 6, lo cual se deduce que la intervención en base a la teoría cognitivo conductual para la patología tratada, si fue eficaz para generar un cambio conductual en el paciente.

5.2. Discusión de Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos en el pre y post test del Inventario de Hipersexualidad, se puede evidenciar una disminución altamente significativa de los síntomas que presentaba el paciente al inicio del proceso terapéutico cognitivo conductual, cuyas dimensiones de evaluación fueron: el afrontamiento a situaciones estresantes utilizando como vía de escape al acto sexual, control de la conducta sexual en la disminución del sentimiento de tristeza y arrepentimiento, consecuencias disminución en el sacrificio de actividades placenteras por el acto sexual. Estos resultados se asemejan con lo obtenido por Montsinos y Ortega (2022) quienes desarrollaron un estudio de caso con un paciente con problemas de control de impulsos sexuales, en una intervención de 8 semanas basado en la TAC revelan mejoría en la conducta hipersexual y flexibilidad psicológica

En respuesta al objetivo específico “Identificar los estímulos que desencadena la conducta sexual compulsiva”, nuestro estudio logró tal identificación, por medio del SPAC y el registro diario de pensamientos distorsionados. Utilizando la técnica del S.P.A.C; el deseo sexual se presenta con mayor intensidad cuando se encuentra solo con su pareja y está utiliza ropa corta o suelta que sea de su gusto, reconoce que el deseo sexual le genera ansiedad, y como estrategia desadaptativa para disminuir su conducta hipersexual se masturba, pero esto le ocasiona pensamientos de que es un “enfermo

sexual” con sentimientos de culpa y miedo al abandono. En el desarrollo de la ficha de pensamiento diario los 2 pensamientos recurrente que presenta el paciente son: “Quiero tener intimidad con mi mujer” y “Como no quiero molestar a mi pareja me masturbare porque tengo deseos incontrolables”. El primer pensamiento recurrente se presenta cuando están acostados en el cuarto, el segundo pensamiento cuando se está cambiando de ropa opta por masturbarse. Esta información guarda relación con la investigación relacionada por García, Ballester, y Gil, (2020) quienes realizaron una investigación para comprobar si existe relación entre el estado anímico y la conducta hipersexual tanto en hombres como en mujeres. Concluyeron que la ansiedad tiene un peso importante en la hipersexualidad, sobre todo en los hombres.

En cuanto al segundo objetivo específico el cual fue analizar los reforzadores positivos de la conducta sexual compulsiva, los resultados de nuestro estudio demuestran que se logró cumplir con el objetivo. Esto se ve plasmado en la sesión 03 donde se trabajó la técnica del control de estímulos, la cual consistía en analizar aquellos estímulos que intervienen y sostienen la conducta problema y en su defecto instaurar aquellos que la anulan. Así pues, se logró que el paciente redujera la tasa de frecuencia con la que veía escenas sexuales, pornografía, escenas eróticas, entre otras, originando con ello una disminución de la conducta masturbatoria y los pensamientos y conductas sexuales. Estos resultados concuerdan con los de Melgar y Cervera (2016), quienes, en su estudio de intervención de corte cognitivo conductual en un caso de adicción al sexo, lograron en el paciente una disminución significativa de su conducta problema, la cual se traducía en mantener contacto sexual con jóvenes prostitutas para satisfacer sus impulsos sexuales. Dichos resultados, en palabras de los investigadores, fueron posibles gracias a un complejo análisis funcional de la conducta que permitió la intervención precisa en aquellos reforzadores que acentuaban la conducta problema. Asimismo, en la sesión 04, mediante la técnica del foco sensorial, se logró que el paciente fuera capaz de identificar y analizar mediante una actitud positiva, segura y confiada, las sensaciones eróticas y afectivas generadas a través de la exploración de caricias físicas. Todo ello con la finalidad de que el paciente fuera capaz de discriminar aquellos estímulos sensoriales que evocan la conducta hipersexual y en consecuencia anularlos. Prueba de ello fue la casi extinción de la conducta de froteurismo, la cual en un inicio era de una frecuencia de 4 veces por día. Tras la aplicación de dicha técnica, esta conducta disminuyó su frecuencia, al cabo de 3 semanas, a una cifra de 1 vez por día. Finalmente, 2 semanas más tarde, esta conducta paso a casi extinguirse teniendo lugar solo 1 vez por semana.

En cuanto al tercer objetivo planteado fue la de utilizar estrategias cognitivo conductuales para la modificación de la conducta sexual compulsiva. Así pues, nuestros resultados evidencian que se logró cumplir con el objetivo al dotar al paciente de herramientas cognitivo conductuales que le permitan hacer frente a su conducta problema. Para ello se usó la técnica de role playing en la cual el paciente fue capaz de ver su problema desde los ojos de otra persona, obteniendo así un mayor grado de empatía con su pareja, la cual había empezado a padecer de irritación y dolor genital, debido a las repetidas veces que mantenían el acto sexual. También se aplicó técnica de imaginería la cual consistía en

promover una nueva imagen de sí mismo (Ruiz, Días y Villalobos, 2012). En ese sentido en la sesión 5 se incentivó al paciente a visualizarse como se vería ya con las conductas adaptativas instauradas en sí mismo, y como habría cambiado su vida en las diferentes áreas. De esa manera el paciente logró cambiar esquemas cognitivos distorsionados culpabilizadores como lo eran "soy un enfermo", y de abandono como lo era "temo que ella me deje por mi enfermedad sexual". El mirar por primera vez la nueva imagen a mostrar al mundo, originó en el paciente un incremento en su motivación que se vio reflejada en la adherencia al tratamiento y la disposición para las tareas y ejercicios asignados en cada sesión. Para la sesión 6 se trabajó la técnica de mindfulness, en la cual, mediante la visualización de un objeto, se logró que el paciente entre en un estado de meditación que le permita enfocar su atención y redireccionar sus pensamientos. En concordancia con lo anterior, se trabajó también la técnica de la conceptualización de la alternativa en la cual se logró que el paciente hiciera interpretaciones alternas de las que inicialmente hacía, con la finalidad de que hiciera una interpretación única de su conducta problema. Así pues, se logró que el paciente buscara una explicación y solución alternativa a sus impulsos sexuales, ya que se alcanzó que el paciente adjudicara su problema a una enfermedad mental, puesto que solía decir soy un enfermo, estoy mal. En cuanto a la solución alternativa, se logró que el paciente dejara de pensar en es un impulso que debo satisfacer, al hacer que el mismo se diera cuenta que es un impulso que podía controlar y que no era la única forma de gratificación o bienestar, sino que en consecuencia había otras maneras alternas de encontrar placer que no fueran únicamente sexual. En este punto ayudó muchísimo la identificación del listado de actividades agradables que se trabajó en sesiones pasadas. Para la sesión 7 se trabajó la técnica de relajación progresiva de Jacobson, en la cual se logró que el paciente entrara en un estado de relajación. Se tuvo sumo cuidado de no involucrar músculos relacionados a zonas eróticas para el paciente. Así pues, se logró disminuir la ansiedad por cometer la conducta de hipersexualidad, evidenciándose un mayor control de los impulsos, siendo un requisito indispensable para la ejecución de la sesión 8, la cual consistió en que el paciente lograra postergar la recompensa inmediata. En ese sentido el paciente logró reducir la impulsividad y frenetismo con la que llevaba a cabo el acto sexual, pues tras la sesión reveló tener pensamientos como aprendí a controlar mi comportamiento, es un acto de amor con mi pareja. Este último pensamiento, hizo evidente que el paciente aprendió a involucrar sentimientos y no solo pasión y deseo en el acto sexual. Así mismos pensamientos como disfruto de cada momento del acto, revelan que el paciente no solo se enfoca en la penetración como lo hacía anteriormente, sino que aprendió a controlar su impulso sexual y disfrutar de la exploración de caricias sexuales gratificantes no solo para él, sino también a su pareja. En la sesión 9, se hizo un seguimiento de la conducta de hipersexualidad a la vez que se hizo una evaluación global en las diferentes esferas de la vida del paciente. para ello se hizo uso de la rueda de la vida, una técnica que ayudo al paciente a hacer un autoanálisis de sí mismo con el objetivo de conocer que aspectos ha mejorado y que aspectos debe seguir mejorando.

5.3. Conclusiones y aportes del estudio de caso

- En conclusión, las técnicas cognitivas conductuales han demostrado ser muy eficaces en el tratamiento de Trastorno de Hiperdeseo sexual.
- Desde la base de la teoría cognitivo conductual las técnicas aplicadas fueron: Registro diario de pensamientos distorsionados, Control de estímulo, Respiración cuadrada, foco sensorial uno, Role playing Relajación progresiva de Jacobson. Las cuales contribuyen a reducir significativamente los síntomas del trastorno de Hiperdeseo sexual.
- De acuerdo a los resultados se observa una disminución significativa de la conducta impulsiva sexual, el afrontamiento a situaciones estresantes, el control de impulsos y acciones enfocadas en valores.
- Los resultados evidencian un cambio positivo significativo, en la evaluación postest, en el cual los niveles de hiperdeseo sexual se redujeron a un nivel de intensidad Bajo.
- Los resultados de nuestro estudio contribuyen a generar nuevo conocimiento científico ante la ausencia de pocas investigaciones sobre la variable de estudio tratada.

5.4. Recomendaciones del estudio de caso

- Se recomienda para futuras prácticas de intervención del caso realizar una evaluación de urología (prueba de niveles de testosterona) y una evaluación de neurología.
- Evitar practicar técnicas de relajación progresiva enfocadas en zonas erógenas.
- Se deben considerar los factores socio-culturales del paciente antes de aplicar la técnica del foco sensorial y la relajación progresiva de Jacobson.
- Se recomienda elaborar un plan de prevención de recaídas en un lapso de tiempo no menor a 6 meses.
- Dado que son pocos los antecedentes de investigación, se recomienda a los futuros investigadores explorar más en el tema con la finalidad de generar nuevo conocimiento científico.

CAPITULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, F. (2018). *Terapia cognitivo conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa*. Tesis de maestría, Universidad de Panamá, República de Panamá.
- Aguirre, C. (2012). *Sexualidad Humana*. Chimbote: Universidad ULADECH
- American Psychiatric Association: DSM IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Apumayta, K. (2021). *Relación entre estilos de apego y niveles de adicción al sexo en estudiantes universitarios*. Arequipa, Perú.
- Arango, I. (2008). *Sexualidad Humana*. México: Manual Moderno.
- Blas, E. (2014). Adicciones Psicológicas Y Los Nuevos Problemas De Salud. *Revista Cultura*, 111-146.
- Bonet, J. (1997). *Se amigo de ti mismo: Manual de Autoestima*. España. Editorial SAL TERRAE
- Caballero, N., & Gálvez, C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=YaZ8DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Cabello, F & Santamaría, F. (2007). *Estado actual del tratamiento farmacológico del deseo sexual hipoactivo de la mujer. Sexología Integral*. Montevideo. Uruguay.
- Castillo, M. (2016). *Proceso de intervención psicoterapéutica desde la perspectiva cognitivo conductual para la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de la zona rural de calderón Abril-Agosto 2016*. Tesis de maestría, Universidad politécnica salesiana, Quito, Ecuador.
- Castro, J., Ballester, R., Salmerón, P., Gil, M., & Morell, V. (2016). *Traducción y validación preliminar del cuestionario de adicción al sexo en jóvenes*. INFAD, 2(1), 319-327. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851777032.pdf>
- Chiclana, C. (2014). *Hipersexualidad, Trastorno Hipersexual y comorbilidad en el Eje I*. Madrid, España. Universidad San Pablo CEU.
- De Oliveira, I. (2016). *Trial-Based Cognitive Therapy*. New York, USA: Routledge
- Echeburúa, E. (2012). *¿Existe realmente la adicción al sexo?* *Revista Adicciones*, 24(4), 281-285. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289124639001>
- Garay, C., & Keegan, E. (2016). *Terapia metacognitiva: el síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos*. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 25(2), 125-134.
- García, M., Ballester, R., Castro, J., Nebot, J., & Gil, D. (2020). *El Papel De Los Problems Emocionales En La Hipersexualidad*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, p 443-53.
- Gómez, J. (1995). *Anuario de Sexología I*. Recuperado de: <https://sexologiaenredessociales.files.wordpress.com/2013/08/a1-4-gomez.pdf>

- Gorguet, I. (2008). *Comportamiento Sexual Humano*. Santiago de Cuba. Editorial Oriente.
- Hernandez, N., & Sanchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud*. Madrid: Spanish Edition.
- Hervías, F.: Romero, C., & Marchena, E. (2020). *Adicción A La Pornografía En Internet: Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, España. Editorial ARC. 161-180.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kübler-Ross, E. (2011). *La rueda de la vida*. Barcelona: Ediciones B, S.A
- Lliana, C. & Gorguet, P. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Cuba. Ed. Oriente.
- Melgar, J. & Cervera, I. (2016). *Intervención en la adicción al sexo: descripción de un caso*. España. XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría.
- Miranda, M. (2012). *Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género*. Vol 21. Colombia: Universidad de la Sabana.
- Mischel, W. (2007). *A history of psychology in autobiography*, Vol. 9, pp. 229-267. American Psychological Association.
- Morales, F. (2010). *Estudio de la salud mental en estudiantes universitarios de la facultad de ciencias de la educación de la universidad de Carabobo*. Madrid: Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Olives, V., Farré, J., & Borja, S. (2015). *Psicopatología y Personalidad en la Adicción al sexo. Estudio Piloto*. Revista Iberoamericana De Psicología, 47-60.
- Olvera, L. E. (01 de junio de 2023). *"Intervención cognitivo-conductual como tratamiento para el uso problemático de la pornografía"*. Chihuahua, Juárez, México.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). *Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción*. España: editorial. Antigua
- Pérez, J. & Merino, M. (2009). *Definición de Trastorno*. Recuperado de: <http://definicion.de/trastorno/>
- Pons, D., Atienza, F., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2002). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Evaluación Psicológica*, 13, 71–82.
- Quintino, F. (2012). *Sexualidad y Género. Un estudio sobre relaciones de pareja y prácticas sexuales de uso y no uso del condón en jóvenes mexicanos*. Ciudad de México: Tesis de maestría en estudios de género. Centro de Estudios Sociológicos de México.
- Rathus, S., Nevid, S., & Fichner, L. (2005). *Sexualidad Humana* (6 ed.). Madrid: Pearson.
- Ruiz, A., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Tecnicas de Intervencion Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer

- Segal, Z. Williams, M. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford. Recuperado https://iacp.memberclicks.net/assets/CBTBR/cbtbr-vol_311c.pdf
- Urruzola, M. (2000). *Educación de las relaciones afectivas y sexuales, desde la filosofía coeducadora*. España: Bilbao
- Valencia, M. (marzo de 2007). *Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007*. Redalyc, 30, 75-80. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>
- Velázquez, S. (2015). *Sexualidad Responsable*. México: Universidad de Hidalgo. Recuperado de: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf
- Vernon A., & Doyle, K. (2018). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. New York, USA: Amer Counseling Assn.
- Wiederman, M. (1998). *The state of theory in sex therapy*. *The Journal of Sex Research*, 35, 88-99.
- Zamora, B. (2011). *Conceptos básicos sobre sexualidad humana*. (Presentación online). Recuperado de: http://es.slideshare.net/janis_nerbet/conceptos-bsicos-sobre-sexualidad-humana-7302988

ANEXOS

CONTRATO TERAPÉUTICO

En el Distrito de Cortegana, el día 29 de enero del 2024. Se reúnen en el Centro de Salud, las siguientes personas: La Psicóloga cuyo nombre es Camila Del Pilar Polo Meregildo y por otra parte el Paciente, cuyas iniciales son L. S. L para establecer los lineamientos del tratamiento terapéutico con base a las siguientes:

CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISOS DEL PSICÓLOGO

1. La Psicóloga se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente arriba mencionado de acuerdo a los principios de conocimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético del Psicólogo en Perú. Así mismo, se compromete a orientar con claridad al paciente en cuanto a su diagnóstico, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
2. La Psicóloga se compromete a que la información que el paciente vierta en las sesiones terapéuticas, será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto que marquen los cánones éticos de la Psicología.
3. Las sesiones de tratamiento se llevarán a cabo con una periodicidad de una sesión semanal de aproximadamente una hora de duración. En ocasiones, pueden llegar a realizarse dos sesiones semanales siendo justificadas por necesidades concretas de la intervención.

COMPROMISOS DEL CLIENTE

1. El paciente se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones de terapia. En aquellas ocasiones en las que le sea imposible acudir, deberá avisar con 1 hora de antelación como mínimo.
2. El paciente se compromete a realizar las tareas clínicas y trabajos personales indicados en las sesiones de intervención.

PSICOLOGA

Nombres: Camila Del Pilar Polo
Meregildo.

Firma:



PACIENTE

Firma:



Anexo 01. EVALUACION PROYECTIVA



Análisis del dibujo de forma individual

Detalles observados en la figura femenina

Cabeza alargada: Puede indicar preocupación, fantasía.

Énfasis exagerado y acentuación de los rasgos faciales: Es tendencia en aquellos individuos que han compensado su deficiente estimación de sí mismo por una imagen propia de un individuo agresivo y socialmente dominante.

Nariz: Si las fosas nasales están muy marcadas y abiertas se considera como un acento específico de agresión.

Alza de una ceja: actitud de cuestionamiento de todo.

Detalles observados en la figura Masculina

Ojos como de Popeye: personas que se excitan fácilmente.

Barbilla acentuada: indica tendencia a ser socialmente dominante o poderoso.

Brazos más anchas del codo a la mano: problemas de autocontrol, tendencia a la impulsividad, lucha por el poder y la autonomía.

Alborotado: deseos sexuales infantiles.

Detalles observados en ambas figuras

Boca detallada que muestra los dientes: presente en los adultos con infantilismo, regresión oral, también se observa en esquizofrénicos simples o tipos histéricos.

Brazos: Si están pegados al cuerpo indica ser una persona defensiva y con problemas para interactuar con su medio ambiente.

Manos: Si están muy pequeñas indica una falta de contacto con la gente.

Dedos de la mano: esfuerzos por suprimir los impulsos agresivos.

Los pies pequeños: control rígido de la sexualidad, posible dependencia en otros.

Tamaño de dibujos: Persona insegura, preocupación de cómo manejar el ambiente, sensación de inferioridad, se siente inadecuado, preocupación sobre cómo manejar las situaciones problemáticas, depresión externa.

Análisis del dibujo a partir de la relación de pareja

Tamaño:

El dibujo masculino en comparación de la figura femenina es inferior en tamaño, esto indica posibles sentimientos de inferioridad frente a su novia, dependencia emocional.

Contacto entre la pareja

Las figuras se unen por las manos: demuestra que hay un buen vínculo afectivo, armonía, compañerismo, compenetración.

Realización de los dibujos

Figuras pequeñas en relación a la hoja: tiende a ocultar los fracasos sentimentales o libidinosos. Se encuentran en matrimonios a la deriva.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Según los resultados obtenidos el paciente detalla a su pareja como una persona de carácter fuerte, dominante, que cuestiona algún argumento o comentario por parte de su pareja esto provoca problema en la interacción de pareja.

El paciente presenta problemas de impulsividad, en sus conductas sexuales, tiende a excitar fácilmente, le cuesta mantener un autocontrol de sus deseos y fantasías, este comportamiento ocasiona incompatibilidad con su pareja, provocando conductas hostiles, no se siente capaz de poder manejar los problemas que se presentan en su relación.

Se presume que existe dependencia emocional por parte del paciente, sentimientos de inferioridad y ansiedad a una posible separación. Sin embargo, existe un buen vínculo afectivo en el resto de actividades que realiza la pareja.

FIGURA HUMANA





Test de la Figura Humana de Machover

- Asociación: cuenta una historia sobre las personas de tu dibujos:

JUAN ES UN ADOLESCENTE DE 17 AÑOS, ESTÁ JUGANDO FÚTBOL CON SUS AMIGOS DE SU COMUNIDAD, EL TIENE ENTRENADORA Y LO INVITA A QUE LO MIRE JUGAR, VA GANANDO GOLES Y TODOS SE VAN ODIANDO A ELLA POR QUE LO MIRA, EL VIVE CON SUS PADRES Y ES POCO EL TIEMPO QUE PASA JUNTO A SU ENTRENADORA SE CONSIDERA COMO UN CHICO FUERTE, AMABLE Y PROTECTOR. NO QUIERE QUE LE PASE NADA A SU CHICA Y SU FAMILIA. LE GUSTA ESTAR SIEMPRE ARRIBA Y UN POCO PORQUE LE GUSTA SU APAREJO FÍSICO.

JUAN ES DELGADO Y TIENE RUSOS. EL OTRO DIBUJO ES ANABEL LA ENTRENADORA DE JUAN PORQUE AMBOS ESTÁN JUNTOS EN TODOS MOMENTOS ELLA LE MIRA MUCHO, ES UNA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS AMBOS SE APOYAN MUTUALMENTE Y SIEMPRE COMPARTEN TIEMPO JUNTOS ELLA ESTÁ HACIÉNDOLE BRAVA A JUAN EN SU PARTIDO ANABEL ES COMPROBADA Y AZOROSA SABE COMO RICO AVECES SE MUESTRAN CON JUAN POR QUE LE HACE BRONCAS Y ELLA REMEGA

ANALISIS DE INDICADORES

- Boca detallada que muestra los dientes: Presente en los adultos con infantilismo, regresión oral, también se observa en esquizofrénicos simples o tipos histéricos, niños y deficientes mentales.
- Barbilla prominente en la figura femenina: En comparación a la barbilla masculina suele darse en varones dependientes, lo que simboliza un mayor poder hacia la hembra, que puede reforzarse con el hecho de dibujar a la figura femenina más grande
- Énfasis en la oreja: Comúnmente presente en individuos paranoides y esquizofrénicos. También se puede presentar en individuos homosexuales con conflictos de ideas de referencias hacia su persona y en individuos susceptibles a la ofensa y resistentes a la autoridad.
- Cabello en punta: Frecuentemente en individuos con fantasías cargadas de pulsiones agresivas
- Mujer con cabello abundante: Y varón con un cabello cuidado se puede dar en varones psicosexualmente inmaduros, que además indica narcisismo y/o hostilidad hacia la mujer
- Manos con contornos oscurecidos o imprecisos: Pueden indicar falta de confianza en los contactos sociales, en la productividad o en ambas cosas
- Dedos en forma de punta: Observados en individuos agresivos.
- Resistencia a completar la parte baja de la cintura. frecuentemente en sujetos con alguna perturbación sexual aguda.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Según los resultados, el paciente presenta conductas infantiles, una posible regresión oral y deficiencia mental. Así mismo se observa rasgos varonil dependiente que podría simbolizar un mayor poder hacia el sexo opuesto. De otro lado se observa posibles rasgos paranoides, así como también posible susceptibilidad a las ofensas y actitudes de resistencia a figuras de autoridad. El test también reveló la presencia de posibles fantasías cargadas de pulsiones agresivas. En el plano sexual, los resultados indican una posible inmadurez psicosexual y/o perturbación sexual aguda. En cuanto en el plano social demuestra una falta de confianza para interrelacionarse con sus semejantes.

Fecha: 29/01/24

Inventario de Hipersexualidad (IH)

Datos

Edad: 22 Sexo: M () F () Orientación sexual: Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()

Universidad: Estatal () Particular ()

Lugar de residencia: Cortegosa

Ciclo de estudios: I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI ()

Nacionalidad: Peruana (X) Extranjera ()

Instrucciones:

A la hora de completar este cuestionario, recuerda que entendemos como sexo, cualquier actividad o conducta que estimula o excita a una persona con la intención de producir un orgasmo o placer sexual (por ejemplo, masturbación o sexo en solitario, uso de pornografía, relaciones sexuales con una pareja, sexo oral, sexo anal, etc.). Las conductas sexuales pueden o no implicar a una pareja.

A continuación, usted encontrará hacerle unas preguntas, marca con un aspa (X) aquella opción de respuesta que se asemeje más a lo que siente o ha vivido. Recuerda que no hay respuestas buenas o malas; por lo tanto, lee con mucha atención cada una de las preguntas y contesta lo más sinceramente posible.

Opción múltiple:

1	2	3	4	5					
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces					
PREGUNTAS					1	2	3	4	5
1. Uso el sexo para olvidarme de las preocupaciones cotidianas.				X					
2. Aunque me prometo no repetir ciertas conductas sexuales, las hago nuevamente.									X
3. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a sentirme menos solo/a.									X
4. Participo en actividades sexuales sabiendo que luego me arrepentiré.			X						
5. Sacrifico cosas que realmente quiero en mi vida por el sexo.								X	
6. Recorro al sexo cuando experimento sentimientos desagradables.								X	
7. Fracaso en mis intentos por cambiar mi conducta sexual.								X	
8. Cuando me siento intranquilo o ansioso, recorro al sexo para calmarme.								X	
9. Mis pensamientos y fantasías sexuales me distraen de cumplir tareas.									X
10. Practico actividades sexuales que están en contra de mis valores y creencias.							X		
11. Aunque mi conducta sexual sea irresponsable, tengo dificultades para detenerla.							X		
12. Siento que mi conducta sexual me lleva en una dirección a la que no quiero ir.									X
13. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a manejar mi estrés.									X
14. Mi conducta sexual controla mi vida.									X
15. Siento que mis deseos sexuales son más fuertes que mi autodisciplina.									X
16. El sexo es para mí una forma de manejar el malestar emocional que siento.									X
17. Sexualmente, me comporto de formas que creo que están mal.							X		
18. Uso el sexo como una forma de ayudarme a afrontar mis problemas.									X
19. Mis actividades sexuales interfieren en algunos aspectos de mi vida.									X

Autor: Castro, Ballester y Gil, 2017

Adaptación: Medina y Oliveros, 2022

Resultado: 32 p: Patológico

Áreas

1) Afrontamiento (1, 3, 6, 8, 13, 16, 18) = 32 p

2) Control: (2, 4, 7, 11, 12, 17) = 23 p

3) Consecuencias (5, 9, 10, 14, 15, 19) = $\frac{27p}{82}$

Fecha: 05/04/24

Inventario de Hipersexualidad (IH)

Datos

Edad: ____ Sexo: M () F () Orientación sexual: Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()
 Universidad: Estatal () Particular () Lugar de residencia: ____
 Ciclo de estudios: I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI ()
 Nacionalidad: Peruana () Extranjera ()

Instrucciones:

A la hora de completar este cuestionario, recuerda que entendemos como sexo, cualquier actividad o conducta que estimula o excita a una persona con la intención de producir un orgasmo o placer sexual (por ejemplo, masturbación o sexo en solitario, uso de pornografía, relaciones sexuales con una pareja, sexo oral, sexo anal, etc.). Las conductas sexuales pueden o no implicar a una pareja.

A continuación, usted encontrará hacerle unas preguntas, marca con un aspa (X) aquella opción de respuesta que se asemeje más a lo que siente o ha vivido. Recuerda que no hay respuestas buenas o malas; por lo tanto, lee con mucha atención cada una de las preguntas y contesta lo más sinceramente posible.

Opción múltiple:

1	2	3	4	5	
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	
PREGUNTAS					
	1	2	3	4	5
1. Uso el sexo para olvidarme de las preocupaciones cotidianas.	X				
2. Aunque me prometo no repetir ciertas conductas sexuales, las hago nuevamente.		X			
3. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a sentirme menos solo/a.	X				
4. Participo en actividades sexuales sabiendo que luego me arrepentiré.	X				
5. Sacrifico cosas que realmente quiero en mi vida por el sexo.	X				
6. Recorro al sexo cuando experimento sentimientos desagradables.	X				
7. Fracaso en mis intentos por cambiar mi conducta sexual.		X			
8. Cuando me siento intranquilo o ansioso, recorro al sexo para calmarme.		X			
9. Mis pensamientos y fantasías sexuales me distraen de cumplir tareas.	X				
10. Practico actividades sexuales que están en contra de mis valores y creencias.	X				
11. Aunque mi conducta sexual sea irresponsable, tengo dificultades para detenerla.	X				
12. Siento que mi conducta sexual me lleva en una dirección a la que no quiero ir.	X				
13. Hacer cualquier cosa relacionada con el sexo me ayuda a manejar mi estrés.		X			
14. Mi conducta sexual controla mi vida.	X				
15. Siento que mis deseos sexuales son más fuertes que mi autodisciplina.	X				
16. El sexo es para mí una forma de manejar el malestar emocional que siento.	X				
17. Sexualmente, me comporto de formas que creo que están mal.	X				
18. Uso el sexo como una forma de ayudarme a afrontar mis problemas.	X				
19. Mis actividades sexuales interfieren en algunos aspectos de mi vida.	X				

Autor: Castro, Ballester y Gil, 2017
 Adaptación: Medina y Oliveros, 2022

Resultado: 23 Bajo

Dimensiones:

- Afrontamiento: (1, 3, 6, 8, 13, 16, 18) = 9 p
- Control (2, 4, 7, 11, 12, 17) = 8 p
- Consecuencias (5, 9, 10, 14, 15, 19) = 6 p

Sin sintomatología patológica.

Matriz de operacionalización de la variable del Inventario de hipersexualidad

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Hipersexualidad	Se define como un cuadro clínico que puede ser producto de una combinación del deseo sexual con la incapacidad patológica para poder tener el control, escapándose de la voluntad del individuo (Castro, Ballester y Gil, 2017). Sin embargo, pueden existir conductas que son atribuidas a este trastorno, como la falta de cumplimiento de sus responsabilidades por practicar de forma constante la actividad sexual, utilizando este medio para poder regular los estados de ánimo, siendo el intento de controlar este impulso ineficaz, persistiendo en realizarla a pesar de los problemas que puede presentar (Kafka, 2010).	El Inventario de Hipersexualidad (IH), evalúa los principales síntomas de la hipersexualidad que medirá en el instrumento, cuya puntuación oscila desde 19 hasta 95 (Castro, Ballester y Gil, 2017).	Afrontamiento	Uso frecuente del sexo para enfrentar situaciones estresantes, sentirse menos solo(a), sentimientos desagradables, manejar el estrés	1, 3, 6, 8, 13, 16, 18	Tipo ordinal, compuesto por 19 reactivos de múltiples opciones: 1 = nunca, 2= pocas veces, 3= algunas veces, 4= bastantes veces, 5= muchas veces
			Control	Repetir conductas sexuales, sentirse arrepentido luego de realizarlas, fracaso en los intentos de cambiar, detener conductas irresponsables.	2, 4, 7, 11, 12, 17	
			Consecuencias	Sacrificio cosas por sexo, distracción de actividades, practica en contra de creencias, carencia de autodisciplina	5, 9, 10, 14, 15, 19	

Anexo 02. ENTREVISTA

Fecha: 14/03/2024

Relata que es lo que haces en un día cotidiano.

Comienza mi día a las 5 a.m me voy a ordeñar la vaca, retorno a mi casa a las 7 a.m luego ayudo a mi pareja hacer el desayuno o limpiar la casa, vivimos solos en una casa que construí, cuando la veo limpiar me excita verla moverse y me le insinuó besándole en su cuerpo, hasta hacer que ella también tenga deseos, a veces me regaña porque no la dejo tranquila, pero hay ocasiones que si me acepta y lo terminamos asiéndolo. Luego me baño y salgo para la chamba rumbo al campo esta 1 hora caminando desde mi casa, trabajo poniendo cercas para los animales o arar la tierra hasta la 1p.m que llega mi pareja con el almuerzo para comer ambos en el campo, mientras conversamos terminamos de almorzar, hay ocasiones que al descansar un rato en el campo se me antoja tocarle para excitarle a ella, siempre me resondra porque cree que nos pueden ver algún vecino pero aquí las casas están bien lejos, yo me le insinuó hasta empezar a hacerlo en el campo, cuando no me toca trabajar estamos en la casa y a i también sucede el estar íntimamente juntos, me gusta su cuerpo y tan solo verla me despierta el deseo, ella a veces me dice que le hago doler porque mucho lo hacemos, es entonces que trato de ya no tocarle o provocarle porque me entristece verla mal o adolorida, pero ya no sé qué hacer con mis deseos yo trato de pensar en otra cosa a veces me olvido, luego me doy una ducha fría para que se me pase y se va el deseo, otra veces tengo que masturbarme para que se me quite. En los días que trabajo regreso a las 7 o 8 p.m a mi casa, por más que llego algo cansado por el trabajo que realizo, el deseo está presente y lo terminamos asiendo antes de la cena y luego al irnos a dormir lo vuelvo hacer, ella ya se molesta conmigo porque le molesto y no la dejo dormir, pero siempre trata de cumplirme cuando me la insinuó, durante la madrugada me despierto sudando y con mi miembro parado, hay es cuando nuevamente me la insinuó y lo hacemos eso pasa durante la madrugada.

S: ACTO SEXUAL CON MI PAREJA

P:
- ES UN IMPULSO QUE DEBO SATISFACER
- QUIERO INTIMAR A CADA RATO
- SOY UN ENFERMO, ESTOY MAL

A:
- CULPA
- COLERA

C:
- ME MASTURBO
- INSINUO A MI PAREJA QUE DEBO TENER INTIMIDAD CON ELLA
"ME QUITO LA ROPA Y LA PROVOCO"

S: ANTES DEL ACTO SEXUAL

P:
- QUE RICA SE VE
- QUIERO HACERTE AMOR
- TENDRÉ QUE BUSCARME POR MI ENFERMEDAD SEXUAL
- NO QUIERO CASTIGARLA, LO ESPERO MUCHO EN CADA ACTO.

A:
- DOLOR
- PREOCUPACIÓN
- TRISTEZA

C:
- ME DOY UN BAÑO
- ME VOY DE LA HABITACIÓN
- PIENSO EN OTRA COSA

Anexo 03. HOJA DE REGISTRO CONDUCTUAL

Paciente: L. S. L

Edad: 22 años

Fecha 25/02/24

Conducta	Hora de inicio	Hora final	Lugar	Respuesta		Frecuencia	Intensidad	Duración	Latencia (Tiempo que transcurre desde que se presenta un estímulo y el comienzo del comportamiento)
				Cognitiva	Emocional				
Masturbación	:00a.m :20p.m	:10 a.m :30p.m	Dormitorio Baño	“que rico” “lo disfruto”	Excitación, satisfacción	2 veces al día, o cada vez que no puede intimar	Alta	10 min	2 min
Acto sexual	4:05a.m 5:00a.m 5:40a.m 1:05p.m 4:00p.m 9:05p.m 11:00p.m	4:25a.m 5:20a.m 6:00a.m 1:25a.m 4:20a.m 9:25a.m 11:20p.m	Dormitorio Chacra Baño	“será rico” “quiero hacer el amor a mi pareja” “La deseo tanto” “que rica se ve”	Excitación Pasión	7 veces al día a más.	Alta	20 min	3 min
Froteurismo	4:00a.m 1:00p.m 7:00p.m 9:00p.m	4:05 a.m 1:05 p.m 7:05 p.m 9:05 p.m	Dormitorio Chacra	“que deliciosa se ve” “ya casi” “uy que rico, la provoco” “me gusta tocarle e insinuarme”	Excitación	4 veces al día a más	Regular	5 min	5 min

HOJA DE REGISTRO CONDUCTUAL

Paciente: L. S. L

Edad: 22 años

Fecha 07/03/24

Conducta	Hora de inicio	Hora final	Lugar	Respuesta		Frecuencia	Intensidad	Duración	Latencia (Tiempo que transcurre desde que se presenta un estímulo y el comienzo del comportamiento)
				Cognitiva	Emocional				
Masturbación	10:30p.m	0:40p.m	Dormitorio	“lo disfruto”	Excitación	1 veces al día.	Media	10 min	1 min
Acto sexual	5:30a.m 7:05p.m 9:05p.m 11:00p.m	6:00a.m 7:30a.m 9:30a.m 11:30p.m	Dormitorio Cocina	“Deseo tener intimidad” “Se me antoja mi pareja”	Excitación Pasión	4 veces al día	Media	20 min	30 min
Froteurismo	7:00a.m 5:00p.m	7:05 a.m 5:05 p.m	Baño	“Siento deseo”	Excitación	2 veces al día	Baja	min	8 min

HOJA DE REGISTRO CONDUCTUAL

Paciente: L. S. L

Edad: 22 años

Fecha 28/03/24

Conducta	Hora de inicio	Hora final	Lugar	Respuesta		Frecuencia	Intensidad	Duración	Latencia (Tiempo que transcurre desde que se presenta un estímulo y el comienzo del comportamiento)
				Cognitiva	Emocional				
Masturbación	-		-	“Ya aprendí a controlar mi comportamiento”	Calma Aceptación	-	Nula	-	-
Acto sexual	5:30a.m 10:00p.m	6:10a.m 10:40p.m	Dormitorio	“Acto de amor con mi pareja” “disfrutare cada paso del acto, con paciencia, para manejar mi conducta”	Deseo	2 veces al día	Baja	40 min	30 min
Froteurismo	9:30 p.m	9:40p.m	Dormitorio	“activar el deseo de mi pareja”	Excitación	1 ves al día	Baja	10 min	8 min

HOJA DE REGISTRO CONDUCTUAL

Paciente: L. S. L.

Edad: 22 años

Fecha 12/04/24

Conducta	Hora de inicio	Hora final	Lugar	Respuesta		Frecuencia	Intensidad	Duración	Latencia (Tiempo que transcurre desde que se presenta un estímulo y el comienzo del comportamiento)
				Cognitiva	Emocional				
Acto sexual	5:30a.m 9:00p.m	6:10a.m 9:30p.m	Dormitorio	“disfruto cada momento de la sensación del acto sexual con mi conducta”	Deseo	Por semana 4 veces a la semana. A veces 2 al día o 1 al día, o cuando el día es agotador ya no tengo relaciones con mi pareja.	Baja	30 min	20 min
Froteurismo	8:50 p.m	9:00 p.m	Dormitorio	“deseo por mi `pareja”	Excitación	Ya casi no practico el froteurismo, quizás 1 a la semana	Baja	10 min	10 min

Anexo 04. ANAMNESIS PARA ADULTOS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres: L.S. L

Edad: ...22 años

Estado Civil: Conviviente

Nº de hijos: ...Ninguno...

Lugar en la familia: 2/2

Grado de instrucción: Secundaria Completa

Domicilio: Calle Santa Rosa s/n – San Miguel

Lugar de Procedencia: Cortegana – Comunidad de San Miguel

Nivel socio-económico: Nivel Bajo

Informante (s): Paciente

Fecha de evaluación: 30/01/2024

Examinador: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo

II. MOTIVO DE CONSULTA

Evaluar aspectos relevantes de la conducta del cliente, quien está manifestando alteraciones en su deseo sexual, “Siento mucho deseo sexual” (esto ocurre cada vez cuando ve a su pareja).

III. PROBLEMA ACTUAL

Exploración de los signos y síntomas (expresados por el sujeto)

- En qué consiste:

El examinado refiere que cuando se encuentra solo en casa con su pareja y/o observa que ella viste ropa corta y holgada, es ahí donde siente un deseo obsesivo de tener intimidad y busca la forma de concretar ese deseo intenso que siente.

Así mismo relata que le sucede muy seguido el aumento del deseo sexual, sintiendo un cosquilleo, aceleración de su respiración, ansiedad, cuando están solos o simplemente cuando ve a su pareja, le atrae sexualmente (el evaluado refiere sentir estos deseos, por lo cual se van a un lugar menos público para tener relaciones).

- Desde cuándo (tiempo de aparición):

Luego de un mes de haber comenzado su relación con su pareja actual, hace 1 año, refiere que comenzó a sentir algo extraño (como un deseo elevado fuera de lo normal por querer tener constantemente relaciones coitales) esto nunca le había experimentado anteriormente con sus otras relaciones sentimentales, ya que refiere que es la primera vez que tiene relaciones coitales.

- Cómo se le está presentando, ante qué circunstancias y con qué frecuencia:

Relata el evaluado que “el primer mes que lleve con mi pareja era normal las situaciones sexuales que pasábamos, pero desde hace 1 año solo pienso y deseo tener relaciones sexuales más de lo normal, tanto así que prefiero hacerlo todos los días y a cada rato, es como un impulso que debo satisfacer”; “a diario tengo necesidad de tener relaciones sexuales” también “me imagino fantasías sexuales y surge la masturbación enseguida”, y estas situaciones siguen ocurriendo hasta la actualidad con el aumento de la frecuencia sexual con apuro de llegar al acto.

Luego de 1 año transcurrido, los síntomas del examinado se incrementaron, con más apetito sexual que antes. Ocasionando en él estados de ansiedad, sudoración y erección rápida.

- Cómo le afecta al paciente, a la familia, cómo se siente:

El evaluado manifiesta que ha empezado a tener problemas en su vida amorosa porque refiere que busca más su satisfacción, que la de la pareja. Refiere: “quiero cumplir cada deseo e impulso sexual que tengo” “quiero intimar a cada rato”. Así mismo comenta también que tiene dificultad en el aspecto personal porque se dice a si mismo que: “debo controlar mis deseos, porque está mal esto que estoy pasando”.

Presenta problemas para dormir, se levanta muy seguido en la madrugada y actualmente duerme periodos muy cortos aproximadamente 4 horas diarias.

- Qué hace para resolverlo:

El examinado refiere que intenta calmar sus deseos sexuales con ejercicios de relajación como la técnica del 3 x 3; que consiste en contener 3 segundo la respiración y exhalar 3 segundo lo contenido.

Diciéndose: “Debes cambiar, Tú puedes”

IV. HISTORIA FAMILIAR

- ¿De dónde es Ud.? Cortegana

Con respecto a su padre:

- Su padre ¿vive? Si vive

a) En caso viva:

- ¿Qué grado de instrucción tiene? Primaria Incompleta

- ¿Cuál es su ocupación actual? Agricultor

*Si la persona es mayor y su padre es jubilado:

- Hace cuanto se jubiló? Sigue trabajando

- ¿Cuál fue su último trabajo? Es campesino

- A parte de lo que recibe, tiene otro ingreso económico Pensión 65.

- ¿Cuál es el estado de salud de su padre? Dx Hipertensión

- ¿Qué enfermedades ha tenido? DX. Hipertensión

- ¿Han sido enfermedades de larga o corta duración? Larga Duración

- ¿Cuál es el carácter de su padre? De carácter noble

- ¿Ha habido cambio de carácter? Que cambió, ¿cómo fue y cómo es? Ningún cambio

- ¿Es una persona a la que le gusta beber mucho? No

- ¿Fuma en exceso? No

b) En caso no viva:

- ¿A qué edad murió?.....
- ¿Cuál fue el motivo de su muerte?.....
- ¿Qué edad tenía Ud. cuando murió su padre?
- ¿Estuvo presente cuando ocurrió el fallecimiento?.....
- ¿Qué enfermedades tuvo antes de su muerte?.....
- ¿Qué carácter tenía?.....
- ¿Qué tipo de hábitos tenía?.....
- ¿Le gustaba beber, fumar?.....
- ¿En qué trabajó? ¿Último trabajo?.....
- Grado de instrucción.....

*Si es que es nuestro entrevistado o entrevistada es una persona que estuvo separada de su padre o sabe poco entonces preguntamos:

- ¿Qué es lo que sabe de su padre?.....
- ¿Qué datos tiene sobre él?.....

Con respecto a su madre:

- Su madre ¿vive? Si

a) En caso viva:

- ¿Qué grado de instrucción tiene? Analfabeta
- ¿Cuál es su ocupación actual? Ama de Casa

*Si la persona es mayor y su madre es jubilada:

- Hace cuanto se jubiló?.....
- ¿Cuál fue su último trabajo?.....
- A parte de lo que recibe, tiene otro ingreso económico NO
- ¿Cuál es el estado de salud de su madre? Saludable
- ¿Qué enfermedades ha tenido?.....

.....
¿Han sido enfermedades de larga o corta duración?.....

- ¿Cuál es el carácter de su madre? Carácter Noble
- ¿Ha habido cambio de carácter? Que cambió, ¿cómo fue y cómo es? No hay cambio de carácter
- ¿Es una persona a la que le gusta beber mucho? NO
- ¿Fuma en exceso? NO

b) En caso no viva:

- ¿A qué edad murió?.....
- ¿Cuál fue el motivo de su muerte?.....
- ¿Qué edad tenía Ud. cuando murió su madre?.....
- ¿Estuvo presente cuando ocurrió el fallecimiento?.....
- ¿Qué enfermedades tuvo antes de su muerte?.....
- ¿carácter tenía?.....
- ¿Qué tipo de hábitos tenía?.....

- ¿Le gustaba beber, fumar?.....
- ¿En qué trabajó? ¿Último trabajo?.....
- Grado de instrucción.....

*Si es que es nuestro entrevistado o entrevistada es una persona que estuvo separada de su madre o sabe poco entonces preguntamos:

- ¿Qué es lo que sabe de su madre?.....
- ¿Qué datos tiene sobre ella?.....

Con respecto a los hermanos:

- ¿Cuántos hermanos tiene? 1 hermana
- ¿Qué posición ocupa entre los hermanos? 2/2
- ¿Algún hermano ha fallecido, a que se debió? Nadie

* **Hermano n° 1:**

- ¿Qué grado de instrucción tiene? Secundaria Completa
- ¿Cuál es su ocupación actual? Independiente

*Si la persona es mayor:

- ¿Hace cuanto se jubiló?.....
- ¿Cuál fue su último trabajo? Cocinera en un restaurante
- A parte de lo que recibe ¿tiene otro ingreso económico? NO
- ¿Cuál es su estado de salud actual? Saludable
- ¿Qué enfermedades ha tenido? Ninguna
- ¿Han sido enfermedades de larga o corta duración?.....
- ¿Cuál es su carácter? Su carácter es tranquila y cariñosa con la familia
- ¿Ha habido cambio de carácter? ¿Que cambió, cómo fue y cómo es? Ningún cambio
- ¿Es una persona a la que le gusta beber mucho? No
- ¿Fuma en exceso? No

* En caso no viva:

- ¿A qué edad murió?.....
- ¿Cuál fue el motivo de su muerte?.....
- ¿Qué edad tenía Ud. cuando murió su hermano(a)?.....
- ¿Estuvo presente cuando ocurrió el fallecimiento?.....
- ¿Qué enfermedades tuvo antes de su muerte?.....
- ¿Qué carácter tenía?.....
- ¿Qué tipo de hábitos tenía?.....
- ¿Le gustaba beber, fumar?.....
- ¿En qué trabajó? ¿Último trabajo?.....

*Si es que es nuestro entrevistado o entrevistada es una persona que estuvo separada de su hermano(a) o sabepoco entonces preguntamos:

- ¿Qué es lo que sabe de su hermano mayor?.....
- ¿Qué datos tiene sobre él o ella?.....

***Con respecto a los Abuelos:**

Abuelos Paternos:

- ¿Conoció o no a los abuelos paternos? NO
- ¿Sus abuelos paternos viven? NO - ambos fallecieron
- ¿Cuántos años tienen? Abuela Abuelo.....
- ¿En qué trabaja o trabajó su abuela paterna? Ama de casa
- ¿En qué trabaja o trabajó su abuelo paterno? Agricultor
- Estado de salud actual de su abuela.....
- Estado de salud actual de su abuelo.....
- Enfermedades que haya tenido su abuela...DX Hipertensión.....
- Enfermedades que haya tenido su abuelo.....Ninguna.....
- Carácter de su abuela , No la llegue a conocer
- Carácter de su abuelo, No lo llegue a conocer
- Enfermedades que haya tenido su abuela.....
- Enfermedades que haya tenido su abuelo.....
- ¿Dónde se encuentra ahora su abuela? Falleció hace 5 años
- ¿Dónde se encuentra ahora su abuelo? Falleció
- ¿Su abuela bebe, fuma o lo hacía? NO lo hacía
- ¿Su abuelo bebe, fuma o lo hacía? No lo hacía

- Abuelos Maternos:
- ¿Conoció o no a los abuelos maternos? Sí
- ¿Sus abuelos maternos viven Sí
- ¿Cuántos años tienen? Abuela 78 años Abuelo 80 años
- ¿En qué trabaja o trabajó su abuela materna? Ama de casa
- ¿En qué trabaja o trabajó su abuelo materno? Carpintero
- Estado de salud actual de su abuela Saludable
- Estado de salud actual de su abuelo Saludable
- Enfermedades que haya tenido su abuela Ninguna
- Enfermedades que haya tenido su abuelo Ninguna
- Carácter de su abuela Carácter fuerte, algo renegona cuando nos portábamos mal
- Carácter de su abuelo Carácter noble
- Enfermedades que haya tenido su abuela Ninguna
- Enfermedades que haya tenido su abuelo Ninguno
- ¿Dónde se encuentra ahora su abuela? Comunidad de San Miguel
- ¿Dónde se encuentra ahora su abuelo? Comunidad de San Miguel
- ¿Su abuela bebe, fuma o lo hacía? NO
- ¿Su abuelo bebe, fuma o lo hacía? NO
- ¿Ha habido enfermos nerviosos en su familia (tíos, abuelos, primos, etc.)? NINGUNO
- *Si niega esto, entonces preguntar:
- Si ha habido suicidios, problemas de alcoholismo, de fármaco dependencia NINGUNO
- Si ha habido personas “raras” dentro de su familia, o quizás, personas muy retraídas o muy violentas, con convulsiones o desmayos. Si vemos que la persona trata de negar en forma reiterativa, tratar de averiguar porqué este rechazo, NINGUNA

Dinámica Familiar:

- ¿Ha vivido siempre con sus padres? Sí, desde que tengo uso de razón siempre hemos vivido juntos los 4 (padres y hermana) hasta hace 1 año que mi hermana se fue a vivir a Celendín. Yo construí una casa cerca a la de mis padres, empecé a convivir con mi pareja.
- SI: podemos sacar muchas conclusiones sobre forma de crianza.
- A. NO: Si ha sido sacado muy temprano del seno de su familia, preguntar el motivo, anotar el motivo, la etapa en que fue separada de sus padres, el tiempo y con quienes vivió durante esta etapa tratando de averiguar cuál fue o es la manera de ser de estas personas con las que vivió.
- ¿cómo fue su crianza?
- Fue muy buena, mis padres son buenas personas, jamás nos castigaban, siempre usaba la comunicación para renegarnos por algo malo que hacíamos y hasta la fecha nos aconseja y apoyan. Tipo de crianza permisiva.
- ¿Fue muy engreído (a)?
- Sí, por mi madre y abuelos ya que soy el único hijo y nieto varón de la familia.
- ¿Fue educado(a) con severidad?
- No, siempre usaban la comunicación o consejos a la hora de corregirnos.
- ¿Cuál de las dos figuras era la que lo castigaba y cuál la figura más severa?
- Ninguno de mis padres fue severo, ambos muy amables con nosotros, pero quien me regañaba mas era mi madre, pero siempre me aconsejaba.
- ¿Qué tipo de castigo recibía de esta figura? Si este castigo era continuo. Si responde “me pegaba” entonces preguntar cuál era la forma. Ningún tipo de castigo físico
- ¿En qué circunstancias se producía el castigo? Solo nos regañaban cuando nos portábamos mal.
- ¿Cuál era su reacción frente a ese castigo? Aceptaba la reprimenda porque era consiente que a veces me portaba mal o no quería ayudar en el campo.
- ¿Quién lo engreía más? Mi madre me engreía más.
- ¿Con cuál persona se identifica más, es decir a quien quiere más a su padre o a su madre? A ambos padres los quiero, ambos me aconsejan y procuran por mí.
- ¿Cómo se llevaba con sus hermanos?
- Con mi hermana me llevo super bien, aun estando lejos siempre nos escribimos, ella me cuidaba mucho de pequeño y me acompañaba de adolescente a todos lados.

- ¿Estaba Ud. contento en casa?

Sí, había un buen clima familiar, nunca vi violencia en casa.

- ¿Cómo se llevaban sus padres?

Nunca vi discusiones o peleas en mis padres, por el contrario, siempre mi madre cuidaba y protegía a mi padre le llevaba su comida al campo y le consentía, ambos siempre usaban una buena comunicación entre ellos.

INFANCIA Y NIÑEZ

Periodo pre-natal, peri-natal, post-natal. Primeros 4-5 años.

¿Qué clase de niño era? Introvertido, tímido, impulsivo, agresivo, rebelde, muy sumiso, obediente, muy pasivo, niño caprichoso.

Era un niño obediente, juguetón y alegre, me gustaba acompañar a mi padre a trabajar al campo o a cualquier parte.

- ¿Cómo describiría Ud. su comportamiento cuando era niño?

Un niño feliz y juguetón.

- ¿Cómo fue el embarazo?

Madre refiere, que el proceso de gestación se desarrolló con normalidad, sin complicaciones físicas ni emocionales “fue un embarazo tranquilo, en casa me ayudaba mi esposo” – No llevo control en el Centro de Salud.

- ¿Fue a término o un niño prematuro? Gestación a término

- ¿Cómo fue el parto? Fue natural, normal, por cesárea (Cuál fue el motivo)

Madre refiere que fue parto natural, con ayuda de una partera, (motivo larga distancia entre la comunidad al distrito de Cortegana).

- ¿Tuvo problemas de respiración al nacer? Medio morado: anóxico (falta de aire) Amarillo: Ictericia.

Madre relata, que no existió ninguna complicación con el recién nacido

- ¿Su alimentación fue durante los primeros seis meses solo lactancia materna? Madre comenta que amamanto a su hijo hasta los años con leche materna.

Datos de Evolución o desarrollo psicosomático:

- ¿A qué edad habló? Claro al año, antes algunas palabras pequeñas.

- ¿A qué edad caminó? A los 11 meses

- ¿Fue un niño enfermizo o no? ¿Qué tipo de enfermedad tuvo y cuánto tiempo duró?

Madre refiere, Solo le daba gripe de pequeño, por cortos tiempo, no era enfermizo.

Desarrollo de síntomas neuróticos en la niñez

- ¿Hasta qué edad se orinó en la cama? Para determinar si hubo o no enuresis nocturna. Madre comenta que no se orinaba su hijo, hasta el año, 6 meses dejó de usar pañal de tela y solo pedía ir al baño.

- De niño ¿Sufrió de pesadillas y/o terrores nocturnos?

No Ninguno

- ¿En las noches se levantaba sobresaltado?

No Nunca

- ¿Tenía temor a la oscuridad? No

- ¿Cuál era la reacción de sus padres ante este comportamiento? Ninguno, porque no hubo comportamiento.

- ¿Hasta qué edad se chupó el dedo? Hasta los 6 meses

- ¿Hasta qué edad se comió las uñas? Nunca lo hizo

- Si ha tenido pataletas ¿Cuál era el motivo por el cual las tenía?

- ¿Ha habido masturbación infantil? Hasta los 4 años aproximadamente

- ¿Ha habido fantasías sexuales? Ninguna.

- Alguna otra cosa o comportamiento que la persona piense que resaltó en su niñez y que no ha sido mencionado.

V. ESCOLARIDAD

- ¿A qué edad fue al colegio? A los 7 años
- ¿Con quién fue al colegio? Con mi hermana
- ¿Cuál fue su reacción? Tranquilo, me pude adaptar
- ¿Cuál fue la reacción de la persona que la llevaba? Tranquila mi hermana me hacía jugar durante el camino a la primaria.
- ¿Recuerda cómo se sentía? Alegre, me gusta ir para aprender y jugar con mis compañeros en el recreo al fútbol
- ¿Le gustaba o no ir al colegio? Sí, me gustaba
- ¿Tenía un grupo de amigos? Sí tenía 4 amigos, con quienes hacíamos los trabajos juntos y gabamos en el recreo
- ¿Cómo era este grupo de amigos? Muy divertidos y aplicados si había trabajos que realizar
- ¿Qué tipo de participación tenía en el grupo? Yo era el mas alegre, me gustaba hacer bromas para que se reían.
- ¿En cuántos colegios estudio? 1 en primaria y 1 secundaria
- ¿Cómo fue su rendimiento? Regular, mis calificaciones eran de 14 a 16 en todos los cursos
- Si se cambió de colegio, cual fue el motivo
.....
- ¿A qué edad termino la educación primaria? A los 12 años
- ¿A qué edad terminó la educación secundaria? 17 años
- Si hubo algún cambio, ya sea en su rendimiento o en su comportamiento de primaria a secundaria, a qué atribuye el paciente ese cambio. Ningún cambio de comportamiento.
- ¿Cuál era la relación con los profesores? Una relación de respeto y obediencia.
Que era lo que sentía el paciente con respecto a los profesores. Que pensaba que podían sentir sus profesores hacia él. Estas preguntas se hacen para detectar posibles problemas con la autoridad.
.....
- ¿Qué otros tipos de estudio siguió? Ninguno, solo termine secundaria
- ¿Qué fue lo que lo llevó a estudiar eso?
- ¿A qué edad siguió con los estudios universitarios?
.....
- En qué año de estudio se encuentra y si ya terminó si sigue alguna especialización.
.....

VI. TRABAJO

- ¿Cuál fue su primer trabajo? Ayudante de albañil
- ¿Le gustaba? ¿Por qué lo eligió? No me gustaba, es muy agotador, peor por necesidad hay que trabajar.
- ¿Cuánto tiempo estuvo en este primer trabajo? 4 meses
- ¿A qué edad lo tuvo? ¿Por qué lo abandonó? A los 20 años
- ¿Qué condiciones de trabajo tenía? Regular, si nos daban los alimentos peor la paga era poca.
- ¿Era un trabajo en donde le daban todas las garantías, era un trabajo riesgoso?
No me daban beneficios.
- * Trabajo Actual: Agricultor, trabajador independiente en venta de animales.
- ¿Le gusta su trabajo actual? Sí
- ¿Cuál es el motivo por el que le gusta, si se encuentra contento? Me gusta porque es mi emprendimiento y puedo tener mi propio horario laboral, me genera rentabilidad.
- ¿Cuáles son sus objetivos, sus aspiraciones, si piensa que hay alguna posibilidad de que lo cumpla? Mis objetivos es crecer como ganadero y vender animales expandirme y vender también menestras en sacos.

- ¿Se siente satisfecho con su salario?
Sí muy satisfecho
- ¿Hay posibilidades de que pueda haber aumentos?
Si logro expandir mas el tema de la venta, tendría mas ganancia.
- ¿Cómo se siente en el trabajo, si hay buena relación con sus compañeros?
Trabajo de forma independiente.
- Si existe influencia de las situaciones de trabajo en la vida familiar. Por preocupaciones.
A veces si afecta cuando me quedan mal los productores o a quienes los vendo, afecta mi vida familiar porque paro molesto o mi familia me ve triste de tanta preocupación por el tema económico.
- ¿Tiene problemas de tipo económico?
Por ahora no tengo problemas.
- ¿Existen tensiones emocionales, es decir se siente demasiado presionado en el trabajo?
Si, porque tengo la responsabilidad de hacer crecer mi negocio además de apoyar con los gastos a mis padres y a mi pareja para nuestro hogar, me genera preocupación y estrés.
- ¿Tiene malas relaciones con sus compañeros a tal punto de que se sienta mal?
Trabajo independiente.
- Si ha habido algún tipo de enfermedad y si ha sido por estrés o de tipo orgánico. Solo un poco de dolor de cabeza.

VII. CAMBIOS DE RESIDENCIA

Realizar un cuadro especificando la fecha en la que residió en cada domicilio, así como la edad que tenía mientras vivió allí y el motivo por el cual se mudó.

- ¿Donde nació el paciente? Comunidad de San Miguel
- ¿Vivió en su ciudad natal? Sí siempre
- ¿Cómo era el ambiente del lugar? Es un lugar donde hay mucho campo y naturaleza.
- ¿Hasta qué edad vivió en su ciudad natal? Hasta la actualidad
- * Si se cambió de domicilio:
 - ¿A dónde lo trasladaron y cuál fue el motivo? (puede ser una mudanza dentro de la misma ciudad, de barrio a barrio. O solo cambió de casa. Saber el motivo exacto.
Me acabo de mudar hace 6 meses a convivir con mi pareja, estoy a unos 15 kilómetros de la casa de mis padres.
 - ¿En qué fecha fue y qué edad tenía? A los 22 años de edad decidí mudarme a una casa propia junto a mi pareja hace 6 meses (agosto del 2023)
 - ¿Cómo era el nuevo ambiente del lugar? (ambiente físico y vecinos) La casa esta lejos de la comunidad, el ambiente es espacioso mi casa tiene dos pisos.
 - ¿Cómo fue que este nuevo cambio lo afectó a él y a su familia?
No nos afecto porque vivo muy cerca de mis padres.
 - ¿Quién fue la persona que decidió el cambio? Yo lo decidí
 - ¿Cómo le fue en su nueva residencia? Me fue muy bien
Si tenía amistades o no. Si no los tuvo: por qué motivo, que era lo que sentía. Si tengo amistades
 - ¿Cómo es el ambiente del lugar donde vive actualmente? Es espacioso es una casa de 2 pisos, cuento con luz y agua y espacio de cocina corral y 2 habitaciones.
 - ¿Cómo son las relaciones con los vecinos? Mis únicos vecinos cercanos son mis padres

CUADRO DE RESIDENCIAS

Nº	FECHA	EDAD	DOMICILIO	TIEMPO	MOTIVO DE MUDANZA
1	Agosto 2023	22	Comunidad San Miguel	6 meses	Inicio de convivencia con la pareja
2	Agosto 2023	19	Comunidad San Miguel	6 meses	Inicio de convivencia con la pareja

VIII. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

- ¿Ha tenido accidentes? Ninguno
- Tipo de accidentes (considerar todas las posibilidades): caídas, atropellos de autos, quemaduras, etc.

ACCIDENTE N.º 1

TIPO DE ACCIDENTE	FECHA	EDAD	CONDICIONES (FAMILIARES, LABORALES, ETC)	CONSECUENCIAS / SECUELAS

- ¿En qué momento?.....
- ¿Cómo era su estado de ánimo?
- Reacciones del paciente frente a este accidente.
- Reacciones de su familia

IX. VIDA SEXUAL

- ¿Qué creía acerca de “donde vienen los niños”? De la pareja
- ¿Quién le habló por primera vez sobre sexualidad? En el colegio la profesora
- ¿Sus padres le hablaron de sexualidad, de qué temas hablaron con usted? Mi padre si me hablo del sexo y la importancia de cuidarme
- ¿Qué piensa del matrimonio? Es un paso muy importante y serio, cuando ya la relación esta más fuerte
- ¿Qué piensa de la infidelidad? Es engañar a tu pareja y no ser sincero con ella solo por no saber pensar con claridad en ese momento, va en contra de tus valores.
- ¿Qué piensa de la masturbación? Deseo que tiene el hombre y no tiene a su pareja
- ¿Se ha masturbado alguna vez? Muy pocas veces antes de tener mi pareja
- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual y con quien fue? A los 17 años con mi pareja
- ¿Cómo se sintió? Tranquilo
- ¿Ha tenido o tiene varias parejas sexuales a la vez? No nunca siempre respete a mi pareja
- ¿Conoce los métodos anticonceptivos? Si
- ¿Se cuida durante sus relaciones coitales? Si uso preservativos
- ¿Ha visto pornografía, actualmente lo hace? No nunca he visto
- ¿Tiene algún tipo de fantasía sexual, cuál (es) son? Si tengo y las cumplo con mi pareja
- ¿Es casado (a) porque se casó? Aun no me caso
- ¿Pelea o peleaba con su esposa (a)? Si tenemos pequeños malos entendidos, pero nunca al punto de gritarnos o pelearnos.
- Si es soltero, si tiene o ha tenido enamorado (a), como se siente o se sintió.
.....
- ¿Cómo define la actividad de su vida sexual en este momento?
Muy activa, motivo por el cual acudo al servicio de psicología porque siento que ya lastimo a mi pareja con mis ganas de intimar con ella.

X. HÁBITOS E INTERESES.

- ¿Qué es lo que hace en los momentos libres? Juego Futbol o voy a la chacra
- ¿Tiene amigos? Si tengo
- ¿Tiene un grupo de amistades? ¿Qué es lo que hace con ese grupo de amistades? Salimos a pelotear o nos reunimos en casa de alguien a chancar coca
- ¿Es una persona religiosa? No
- Si bebe con frecuencia NO
- Si toma licor en que situaciones lo hace No bebo
- ¿Ha probado algún tipo de droga, cuándo y si fue voluntario? Ningún tipo de drogas
- Si fuma o si consume algún otro tipo de droga No fumo

XI. ACTITUD FRENTE AL PROBLEMA ACTUAL

- ¿A qué cree que se deba ello?

No sé a qué se deba mi problema sexual, antes estaba bien

- ¿Cómo cree que lo podría enfrentar?

Con ayuda de la psicóloga y poniendo de mi parte, quiero mejorar por mi pareja no me gustaría lastimarle.

Anexo 05. SESIONES DE INTERVENCION

REGISTRO DE ATENCIÓN

Hoja de registro de sesión

Fecha de la Sesión: 29/01/2024

Sesión N°: 1

¿Quién asistió a terapia?

Paciente varón L.S. L de 22 años, acude a consulta psicológica, solo, para iniciar con la terapia psicológica.

Nombre del terapeuta: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo.

Objetivos de la sesión.

- Analizar y tomar conciencia las conductas relevantes que emite el paciente, para luego generar hipótesis a lo largo del proceso terapéutico.
- Tomar conciencia de los pensamientos irracionales o negativos para luego visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más eficaz y constructivas - SPAC.

Principales temas tratados en la sesión:

1. Motivo de Consulta.
2. Conceptualización del problema.
3. Causas (situaciones o hechos que pudieron suscitar la problemática) y sintomatología del paciente (cognitiva, afectiva, motivacional, conductual, fisiológica y interpersonal).
4. Técnica de SPAC.

Observaciones e Hipótesis de Sesión

El evaluado de 22 años, presenta un deseo sexual elevado, generado por el aumento de excitación que presenta cada vez que se encuentra solo, se logra excitar a través de fantasías sexuales que se imagina o con la ayuda de videos sexuales, lo que trae consigo que el sienta un impulso sexual obligándole a ser satisfecho, sin importarle que sienta la otra parte (pareja).

Técnicas utilizadas y por qué las utilizó:

- Conceptualización del Problema.
- SPAC.

Ideas / temas que faltaron/ decisiones clave a retomar en sesiones posteriores

ENTREVISTA PSICOLOGICA:

1. MOTIVO DE CONSULTA:

“Siento mucho deseo sexual” (esto ocurre cuando ve a su pareja).

2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA:

El examinado refiere que cuando se encuentra solo en casa con su pareja y/o observa que ella viste ropa corta y holgada, es ahí donde siente un deseo obsesivo de tener intimidad y busca la forma de concretar ese deseo intenso que siente.

Así mismo relata que le sucede muy seguido el aumento del deseo sexual, sintiendo un cosquilleo, aceleración de su respiración, ansiedad, cuando están solos o simplemente cuando ve a su pareja, le atrae sexualmente (el evaluado refiere sentir estos deseos, por lo cual se van a un lugar menos público para tener relaciones).

Hace 1 año, refiere que comenzó a sentir algo extraño (como un deseo elevado fuera de lo normal por querer tener constantemente relaciones coitales) esto nunca le había experimentado anteriormente con sus otras relaciones sentimentales. Él evaluado manifiesta que ha empezado a tener problemas en su vida amorosa porque refiere que busca más su satisfacción, que la de la pareja. Refiere: “quiero cumplir cada deseo e impulso sexual que tengo” “quiero intimar a cada rato”. Así mismo comenta también que tiene dificultad en el aspecto personal porque se dice a sí mismo que: “debo controlar mis deseos, porque está mal esto que estoy pasando”.

Presenta problemas para dormir, se levanta muy seguido en la madrugada y actualmente duerme periodos muy cortos aproximadamente 4 horas diarias.

3. SINTOMATOLOGÍA:

- Cognitiva:

“Soy un enfermo, estoy mal”

“Tengo que buscar la manera de solucionarlo”

“Tengo miedo a malograr mi relación de pareja”

“Es un impulso que debo satisfacer”

“A diario tengo la necesidad de tener relaciones sexuales”

“Quiero cumplir cada deseo e impulso sexual que tengo”

“Quiero intimar a cada rato”

- Afectividad:

. Cólera así mí mismo, por no poder controlar eso.

. Miedo

. Culpa

- Motivacional:

El evaluado manifiesta que lleva una alimentación despreocupada, come a cualquier hora, a veces no desayuna, porque el desayuno no es muy importante para el evaluado, pero si refiere comer su almuerzo y una cena. Refiere tener dificultad para conciliar el sueño. Se despierta en la madrugada de 3 a 4 veces seguidas y duerme un total de 4 a 5 horas.

Así mismo relata que cuando está en el acto sexual su actitud es óptima (refiere que se refleja cuando: “aún puede durar el sentirse excitado”, “cuando llega al orgasmo y erección”, “cuando tiene energías para dar más

de sí mismo”), su excitación dura mucho tiempo, en ocasiones él quiere seguir en el acto sexual, porque siente que aún puede dar más de sí, y es así cuando su pareja da por terminada la relación coital. Por eso recurre a la masturbación para completar el deseo y llegar a la satisfacción del mismo evaluado. En cuanto a su masturbación comenta que es regular los días en que lo hace y que utiliza su mente y a veces videos para excitarse hasta llegar a la eyaculación y satisfacción de su deseo sexual.

- Conductual:
 - Se estimula su genital (con la masturbación).
 - Insinúa a su pareja que desea tener intimidad (se para delante de ella y se quita la ropa).
- Fisiológica:
 - Aumento de la respiración.
 - Aumento del ritmo cardiaco.
 - Excitación sexual elevada.
 - Ansiedad.
 - Sudoración.
 - Erección rápida.
- Interpersonal:
 - “Refiere tener pocos amigos que considera de confianza, sin embargo, suele compartir momentos cotidianos con algunos conocidos de su comunidad”, así mismo dice que “prefiere ser visitado, a salir él a visitar a sus amigos”.

REGISTRO DE ATENCIÓN

Hoja de registro de sesión

Fecha de la Sesión: 08/02/2024	Sesión N°: 2
---------------------------------------	---------------------

¿Quién asistió a terapia? Paciente varón L. S. L de 22 años, acude al servicio de psicología acompañado de su pareja, para continuar con la terapia psicológica 2 sesión.

Nombre del terapeuta: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo.

Objetivos de la sesión. - Deconstrucción de patrones culturales relacionados al sexo.

Principales temas tratados en la sesión: 5. Evaluar el progreso de la sesión anterior. 6. Registrar la evaluación de su conducta durante la semana. 7. Aclarar dudas o consultas por parte del paciente.
--

Observaciones e Hipótesis de Sesión Se evidencia predisposición y buena actitud por parte del paciente, sigue las instrucciones para realizar las técnicas mencionadas. Al finalizar se aclara las dudas del paciente para que pueda replicar el registro de pensamientos en su día cotidiano. El paciente menciona seguir las pautas.
--

Técnicas utilizadas y por qué las utilizó: - Técnica Registro diario de pensamientos distorsionados - Técnica Descubrimiento guiado. - Técnica de Reatribución
--

Ideas / temas que faltaron/ decisiones clave a retomar en sesiones posteriores - Aplicar cuadro de evaluación conductual
--

FICHA DE REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS:

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	EMOCIONES	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	RESPUESTAS RACIONAL	RESULTADO
Lunes 6:00 a.m	Estoy en el cuarto acostado con mi pareja	Ansiedad (60%)	Quiero tener intimidad con mi mujer.	Mi deseo sexual es controlable y se puede reducir la intensidad 1 vez por día (40%).	Grado de ansiedad (40%)
Martes 8:00 p.m	Estoy cambiándome de ropa y tengo deseos de masturbarme.	Excitación (70%)	Como no quiero molestar a mi pareja me masturbare porque tengo deseos incontrolables.	Tengo la capacidad y estrategias personales para poder controlar mi excitación.	Excitación (40%)

TÉCNICA DESCUBRIMIENTO GUIADO – Dialogo socrático:

Entrevista: De acuerdo a la problemática por el cual te ha traído a consulta, quisiera saber:

¿Qué quieres decir realmente cuando te defines como “estar enfermo, ante tu conducta sexual”?

Paciente refiere: Al decir que estoy enfermo es porque se que mi conducta no es normal, el tener deseos incontrolables de tener sexo con mi pareja, y el de lastimarle físicamente porque ella esta con medicamentos por su inflamación en su parte íntima.

¿Cómo llegas a esa conclusión?

Paciente manifiesta: Porque hable con amigos mas cercanos y ellos me dicen que lo normal es hacerlo 1 o 3 veces por semana, en cambio yo lo hago varias veces durante el día, aparte que ya la lastimé a mi pareja por tanto uso.

¿Por qué es esto importante?

Paciente refiere: Porque ya mi problema afecta a las personas que quiero, como por ejemplo a mi pareja y en el ámbito laboral ya mi rendimiento ha disminuido, así mismo he dejado de frecuentar a mis amigos por la vergüenza que se burlen de mi por mi problema sexual.

¿Cuáles es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos?

Paciente relata: Según mi criterio mas cosas en contra tendría porque me autocritico o me culpo por la situación que causo, ya no rindo en el trabajo y creo que en el tema de la relación de pareja ha cambiado unas cosas, mi pareja esta algo distante o a veces me resonda porque le duele al orinar, y me siento muy culpable por todo.

¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación?

Paciente: Cambiar mis pensamientos a positivo, motivarme que con mi terapia que estoy llevando mejoraré mi conducta sexual. Ejemplo: Yo tengo el control de mi cuerpo, puedo manejar mis deseos sexuales.

¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera?

Paciente: Las consecuencias serias deprimirme, o tener pensamientos negativos sobre el ser un buen hombre.

TÉCNICA DE REATRIBUCIÓN:

Encaminadas a modificar los sesgos cognitivos, relacionados con las dimensiones atribucionales de locus de control (interno/ externo), estabilidad (estable/inestable) y especificidad general.

Preguntas:

1. ¿A qué factores (origen) atribuyes tu conducta sexual?

Paciente: El origen es interno, creo que inicia desde mis pensamientos el desear a mi pareja, el deseo a intimar a cada rato con solo verla. Yo no puedo controlar mi conducta, porque no contaba con estrategias personales para hacerlo frente.

2. ¿Crees que has conseguido controlar los síntomas de tu conducta?

Paciente: Hasta el momento la terapia me sirvió para darme cuenta acerca de la situación real de mi conducta y síntomas. Identificar mis pensamientos irracionales y sentimientos que surgen ante mi problema. Aun no puedo controlar del todo los síntomas de mi conducta sexual, pero se que estoy dando avances cada vez que acudo a mi terapia.

3. ¿Has identificado un cambio en tu conducta?

Paciente: Si ahora que inicie con mi registro conductual, veo un ligero cambio en mi conducta, se que puedo controlar mis pensamientos y por ende mis acciones. Continuar con la terapia me ayudara bastante a poder sanarme y mejorar la relación con mi pareja.

REGISTRO DE ATENCIÓN

Hoja de registro de sesión

Fecha de la Sesión: 12/02/2024

Sesión N°: 3

¿Quién asistió a terapia?

Paciente varón L. S. L de 22 años, acude al servicio de psicología para continuar con la terapia psicológica 3 sesión.

Nombre del terapeuta: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo.

Objetivos de la sesión.

- Reemplazo de la conducta sexual

Principales temas tratados en la sesión:

8. Verificar el avance de modificación de conducta del paciente.
9. Aclarar dudas o consultas por parte del paciente.
10. Verificar si se logro el objetivo de la sesión anterior con el paciente.

Observaciones e Hipótesis de Sesión

Se evidencia compromiso por parte del paciente, denota entusiasmo por trabajar la sesión. Al finalizar se aclara las dudas del paciente para que pueda replicar lo aprendido en su día a día. El paciente menciona seguir las actividades encomendadas.

Técnicas utilizadas y porqué las utilizó:

- Actividades agradables.
- Control de estímulos.
- Técnica de respiración cuadrada.

Ideas / temas que faltaron/ decisiones clave a retomar en sesiones posteriores

Actividades agradables.

Se le realiza una psicoeducación al paciente explicándole la importancia de realizar y programar actividades alternativas como fuente de recreación y satisfacción con la intención de contrarrestar la creencia del acto sexual como único medio de satisfacción y/o bienestar psicológico, se le brinda una lista de actividades que están a su alcance para que las desarrolle por días de la semana.

Planificación del uso del tiempo libre

LUNES 01	MARTES 02	MIÉRCOLES 03	JUEVES 04
Ejercicios físicos de 7 a 9 a.m. (lagartijas, flexiones abdominales, saltos de tijera, etc.)	Actividades de relajación de 3 a 4 p.m. (Musicoterapia, Respiración profunda, Meditación)	Juegos deportivos Fútbol o vóley, con amigos.	Juegos de mesa (el ajedrez, las damas o la Oca y otros más modernos como el Catán, Ciudadelas, monopolio, etc)
VIERNES 05	SÁBADO 06	DOMINGO 07	
Actividades socio-familiares: asistencia a fiestas, realizar visitas a amigos y familiares, participación en actividades de la comunidad, etc.	Actividades audio-visuales: escuchar la radio o reproductor de música, ver la televisión y/o videos, etc.	Actividades de pasatiempos, aficiones o hobbies: actividades individuales o en grupo dirigidas a las colecciones, la fotografía, el cuidado de plantas y jardinería doméstica, etc.	

Control de estímulos.

Consiste en reducir los estímulos que intervienen en la conducta problema, e incrementar aquellos que lo anulan (por ejemplo, no mirar escenas eróticas, no masturbarse constantemente, tratar de ir a la cama a la misma hora todos los días, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse, evitar generar pensamientos de excitación) (Ruiz, Diaz, & Villalobos, 2012).

- ✓ Psicoeducar al paciente sobre la importancia de descansar las 8 horas.
- ✓ Realizar una rutina antes de descansar (ejercicios 30 minutos, ducharse, una infusión de relajación como manzanilla, cedro o valeriana)

Técnica de respiración cuadrada.

La respiración cuadrada es una técnica sencilla y sirve para equilibrar y calmar la mente, así como para oxigenar el cuerpo y potenciar la musculatura respiratoria.

Pasos:

- Inspiramos contando mentalmente 4 segundos.
- Retenemos el aire por 4 segundos.
- Exhalamos durante 4 segundos.
- Retenemos con los pulmones vacíos durante 4 segundos.
- Volvemos a repetir el ciclo sin interrumpirlo hasta cuatro veces y luego ir aumentando con la práctica.



REGISTRO DE ATENCIÓN

Hoja de registro de sesión

Fecha de la Sesión: 27/02/2024

Sesión N°: 4

¿Quién asistió a terapia?

Paciente varón L.S. L de 22 años, acude al servicio de psicología acompañado de su pareja, para continuar con la terapia psicológica 4 sesión.

Nombre del terapeuta: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo.

Objetivos de la sesión.

- Identificar los estímulos sensoriales que evocan la conducta hipersexual.

Principales temas tratados en la sesión:

11. Evaluar el progreso de la sesión anterior.
12. Aclarar dudas o consultas por parte del paciente.

Observaciones e Hipótesis de Sesión

Se evidencia predisposición y buena actitud por parte del paciente, sigue las instrucciones para realizar la técnica mencionada.

Técnicas utilizadas y por qué las utilizó:

- TÉCNICA: FOCO SENSORIAL I

Ideas / temas que faltaron/ decisiones clave a retomar en sesiones posteriores

•TÉCNICA: FOCO SENSORIAL I.

Lograr que la pareja se conozca a nivel físico, sensual y erótico y adquiriera una actitud positiva, segura y confiada hacia las sensaciones eróticas y afectivas, eliminando la ansiedad y las inhibiciones existentes, a través de la exploración y las caricias físicas.

La persona se ha de exponer de forma gradual con la pareja a las situaciones sensuales sexuales, en un orden creciente de dificultad y ansiedad. Esta técnica fue desarrollada por Masters y Johnson en los años setenta y también se la ha denominado "programa de actividades sexuales programadas" y "técnicas de concienciación sensorial". Consta de seis fases que son:

- Fase 1: Se prohíbe a la pareja realizar el coito.

Cada miembro de la pareja explora, tocando con sus manos el cuerpo del otro sin incluir los pechos ni los genitales, sin pretender excitarse o excitar al otro, concentrándose tan sólo en explorar y acariciar táctilmente a la pareja y en abandonarse a sus sucesivas caricias, percibiendo y disfrutando las sensaciones experimentadas en uno y otro caso. El objetivo, sería el de llegar al conocimiento sensorial y sensual del propio cuerpo y del cuerpo de su pareja.

- Fase 2: Caricias corporales, incluyendo pechos y genitales, sin orgasmo.

Una vez que las caricias generales practicadas por la pareja en la fase anterior resultan placenteras y no provocan ninguna ansiedad, la pareja extiende su exploración y sus caricias mutuas a los genitales y pechos, acariciando éstos sin prisas y sin pretender excitar sexualmente a la pareja, tratando sólo de percibir y compartir las sensaciones placenteras que experimentan al acariciar y ser acariciados y extinguiendo igualmente la posible ansiedad

- Fase 3: Caricias simultáneas sin orgasmo.

La pareja deja de acariciarse alternativamente para pasar a hacerlo de forma simultánea. Estas caricias incluyen todo el cuerpo, y particularmente los genitales de ambos miembros de la pareja, tratando de crear una situación de interacción sexual lo más natural posible e intentando, al mismo tiempo, incrementar los focos de estimulación y excitación sexual de la pareja. Todavía no se permite que lleguen al orgasmo.

- Fase 4: Orgasmo extravaginal sin realizar el coito.

Consiste en el incremento de la estimulación mutua realizada en la fase 3 por parte de la pareja, hasta que se produzca el orgasmo extravaginal.

-Fase 5: Penetración con orgasmo extravaginal.

En esta fase se lleva a cabo la penetración, pero se les instruye para que lo hagan de manera suave, con movimientos coitales no bruscos y que, en cuanto sientan que van a tener un orgasmo, se retiren y se produzca un orgasmo extravaginal. Si en algún momento del ejercicio, uno de ellos experimentara ansiedad, pasaría un tiempo a la fase uno y luego, si quieren, pueden seguir en la fase en la que se encontraban.

- Fase 6: Coito normal sin restricciones:

La efectividad de esta técnica se explica, primero, porque se libera a la pareja de toda una serie de obligaciones o de logros, lo que a su vez libera a la pareja de la ansiedad favoreciendo que aparezca la excitación sexual, y, segundo, porque los ejercicios constituyen en sí mismos algo agradable que une afectivamente a la pareja.

REGISTRO DE ATENCIÓN

Hoja de registro de sesión

Fecha de la Sesión: 04/03/2024

Sesión N°: 5

¿Quién asistió a terapia?

Paciente varón L. S. L de 22 años, acude al servicio de psicología acompañado de su pareja, para continuar con la terapia psicológica 5 sesión.

Nombre del terapeuta: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo.

Objetivos de la sesión.

- Inserción de conducta sexual adaptativa

Principales temas tratados en la sesión:

13. Evaluar el progreso de la sesión anterior.
14. Aclarar dudas o consultas por parte del paciente.

Observaciones e Hipótesis de Sesión

Se evidencia una buena actitud por parte del paciente, refiere sentir mejoría y más control en sus pensamientos por ende cambios en su conducta. sigue las instrucciones para realizar las técnicas mencionadas durante la sesión.

Técnicas utilizadas y porqué las utilizó:

- Técnica Role-playing.
- Promover una nueva imagen.

Ideas / temas que faltaron/ decisiones clave a retomar en sesiones posteriores

- **TÉCNICA ROLE-PLAYING.**

Recrea una situación —imaginaria o real— que permite que el paciente experimente diferentes posibilidades y encuentre, a partir de esta experiencia, la solución a sus conflictos. Se puede dar tanto a través del relato verbal como a partir de una actuación o representación dramática.

*Cambio de rol: indicar al protagonista que actúe en lugar de otra persona, aunque también se puede recurrir a objetos e incluso sentimientos del mismo sujeto.

*Inversión de roles: reemplazo mutuo entre dos o más participantes. Esta técnica es particularmente útil aplicada a integrantes de un conflicto, ya que les permite una nueva perspectiva para afrontar el problema. Es muy utilizado en terapia de pareja o familiar sistémica.

Situación: Una pareja joven de 20 años; la chica decide romper su relación, pero el chico no quiere. Durante la relación ella accedió a tener varias veces relaciones sexuales con él como prueba de su amor; y empieza la escena...

PERSONAJES: chico y chica de la pareja; los que surjan en la recreación improvisada.

- **PROMOVER UNA NUEVA IMAGEN.**

Imaginarse a sí mismo cómo sería y cómo le gustaría que cambiara su vida en distintas áreas son técnicas que ayudan a promover el cambio hacia esquemas más adaptativos y a consolidar los avances que se van produciendo. Por ejemplo, qué metas le gustaría alcanzar, qué imagen le gustaría dar, qué tipo de relaciones mantendría.

Paciente manifiesta: “Durante la imaginación proyecte que mi conducta de deseo sexual ya estaba controlada del todo, imagine que el acto sexual solo lo tengo 1 vez por día y que la relación de pareja que tengo existe amor, comunicación y que mi pareja ya no presenta dolores o malestares en su parte íntima, me gustaría lograr que la relación de pareja se fortalezca en otros aspectos como el enamorarse mi pareja todos los días, ser más romántico con ella, darle más tiempo para disfrutar de otras actividades juntos como salir a bailar, o hacer viajes juntos. También me vi siendo más sociable con mi círculo de amigos, poder tener más actividades recreativas, quiero proyectar una imagen de que soy amigable y amoroso con mi familia y pareja; que pude superar mi enfermedad y que soy trabajador”

REGISTRO DE ATENCIÓN

Hoja de registro de sesión

Fecha de la Sesión: 13/03/2024

Sesión N°: 6

¿Quién asistió a terapia?

Paciente varón L. S. L de 22 años, acude al servicio de psicología para continuar con la terapia psicológica 6 sesión.

Nombre del terapeuta: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo.

Objetivos de la sesión.

- Autocontrol de los impulsos sexuales.

Principales temas tratados en la sesión:

15. Evaluar el progreso de la sesión anterior.
16. Aclarar dudas o consultas por parte del paciente.

Observaciones e Hipótesis de Sesión

Paciente evidencia compromiso con la realización de la sesión refiere que evidencia mejoría en su conducta y control de sus impulsos sexuales, agradece por el trabajo durante las terapias realizadas con su persona. No presenta dudas o consultas a tratar. Denota adecuada fluidez verbal con coherencia.

Técnicas utilizadas y por qué las utilizó:

- Técnica Conceptualización alternativa.
- Técnica de mindfulness.

Ideas / temas que faltaron/ decisiones clave a retomar en sesiones posteriores

TÉCNICA CONCEPTUALIZACIÓN ALTERNATIVA.

Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento, y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantean. Mediante esta técnica se pretende contrarrestar la tendencia a realizar interpretaciones únicas y la dificultad de encontrar solución a los problemas

Dialogo con el paciente:

Paciente: Mi pareja ya no quiere dormir en la misma cama conmigo, porque ella quiere que su cuerpo descanse ya que, yo le insisto con tener intimidad.

Terapeuta: ¿Cómo sabe que es por usted que no quiere dormir a su lado?

Paciente: Bueno lo supongo, porque ella solo me dijo que quiere que su cuerpo descanse.

Terapeuta: ¿A tratado de entablar un dialogo pacífico con su pareja, para escuchar y tomar en cuenta sus sentimientos?

Paciente: No, el caso es que solo me quedo con lo primero que me dijo, el resto lo suponía yo, pero no le pregunte como se sentía.

Terapeuta: ¿Y si usted le plantease la pregunta directamente a su pareja?

Paciente: Bueno no lo había pensado, creo que solo pensaba en mi y no en lo que podría sentir ella.

Terapeuta: Lo importante no es que, si ambos duermen en la misma cama, sino reforzar la relación de pareja con una buena comunicación entre ambos, donde se escuchen y compartan sus opiniones y sentimientos. Evitar que usted decida por su pareja o genere ideas erróneas por la situación.

Paciente: Espero que tenga usted razón, pero ella es desconsiderada conmigo solo se va a dormir a otro cuarto y me dice que quiere descansar su cuerpo.

Terapeuta: ¿Cuántas veces ha ocurrido eso?

Paciente: Una o dos veces.

Terapeuta: ¿Piensa usted que si ella duerme en otra habitación se debe a que es desconsiderada?

Paciente: Bueno, déjeme pensar, las noches que fue dijo que yo no le entendía y que estaba sintiendo molestar en su parte íntima. En realidad, ella suele ser amorosa y atenta conmigo siempre. Su actitud no ha cambiado para nada conmigo.

Como el paciente pudo comprobar después, su pareja solo deseaba ser comprendida por la situación y dolencias físicas que presentaba, pero que el amor o afecto no cambiaba la situación.

TÉCNICA DE MINDFULNESS: Técnica de meditación que busca entrenar la mente para centrar la atención y redireccionar los pensamientos.

-Observa un objeto natural: Elige un objeto (si es natural, mejor) de tu entorno inmediato y concéntrate en mirarlo durante un minuto o dos. Esto podría ser una flor o un insecto, o incluso las nubes o la luna. No hagas nada más que observar para relajarte y concentrarte en esta actividad. Puedes analizar cada característica de ese objeto, esto ayudará a ejercitar tu mente para que aprenda a concentrarse en una cosa a la vez.

-Come un bocadillo lentamente: Ingiere un pequeño bocadillo lentamente, percibe y disfruta ese chocolate o fruta. Usa todos tus sentidos para verlo, tocarlo, olerlo y sentirlo. Saborea su textura, su sabor, cómo se siente en tu boca. Después de ingerirlo, deja que tus labios se levanten ligeramente y sonríe.

- Realiza 3 respiraciones. Puedes ayudarte realizando 3 respiraciones profundas entre bocado y bocado, esto forzará a tu cuerpo a realizar ese descanso y a tomarse el momento de la comida con más calma. Recuerda el consejo de masticar cada bocado mínimo unas 20 veces.

REGISTRO DE ATENCIÓN

Hoja de registro de sesión

Fecha de la Sesión: 21/03/2024

Sesión N°: 7

¿Quién asistió a terapia?

Paciente varón L. S. L. de 22 años, acude al servicio de psicología para continuar con la terapia psicológica.

Nombre del terapeuta: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo.

Objetivos de la sesión.

- Disminuir los síntomas ansiosos a través de la técnica de relajación muscular progresiva.

Principales temas tratados en la sesión:

17. Revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior.
18. Repaso breve de la sesión anterior – evaluar el progreso.
19. Técnica de la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Observaciones e Hipótesis de Sesión

Se evidencia colaboración y energías por parte del paciente, siguiendo las instrucciones para replicar la técnica de relajación muscular. Al término de la sesión el paciente refiere sentir un leve dolor en los músculos, pero que le ayudo a sentirse bien. Posteriormente se le deja como tarea replicar el ejercicio 3 veces por semana.

Técnicas utilizadas y por qué las utilizó:

- Técnica de la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Ideas / temas que faltaron/ decisiones clave a retomar en sesiones posteriores

TÉCNICA DE LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON

Este método sigue tres fases y, durante su realización, es importante emplear la técnica de respiración diafragmática, inspirando lentamente, llevando el aire hasta el vientre, y espirando también lentamente.

Hemos de partir de una postura cómoda y correcta, como estar sentado en una silla, con la espalda recta, los hombros relajados y evitando posturas forzadas del cuello, que debe permitir una alineación de la columna con la cabeza.

Primera fase: de tensión-relajación

Consiste en tensionar y relajar diferentes músculos, sosteniendo unos 10-15 segundos tanto la tensión como la relajación. En este ejemplo nos centraremos en cuatro grupos musculares:

1. Rostro

Frente: fruncir el ceño fuertemente y, luego, relajarlo lentamente.

Ojos: cerrarlos, apretándolos y notando la tensión en los párpados y, luego, aflojar.

Labios y mandíbula: apretar labios y dientes para luego relajar, dejando la boca entreabierta, separando los dientes y dejando la lengua floja.

2. Cuello y hombros

Cuello: bajar la cabeza hacia el pecho, notando la tensión en la parte posterior del cuello. Relajar volviendo la cabeza a la posición inicial, alineada con la columna.

Hombros: inclinar ligeramente la espalda hacia adelante llevando los codos hacia atrás, notando la tensión en la espalda. Destensar retornando la espalda a su posición original y reposando los brazos en las piernas.

Brazos y manos: con los brazos en reposo sobre las piernas, apretar los puños, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Para destensar, abrir los puños y reposar los dedos en las piernas.

3. Abdomen

Tensar los músculos abdominales, “metiendo barriga” y luego, relajarlos.

4. Piernas

Estirar una pierna levantando el pie y llevándolo hacia arriba y los dedos hacia atrás, notando la tensión en toda la pierna: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relajar lentamente, volviendo los dedos hacia adelante y bajando la pierna hasta reposar la planta del pie en el suelo. Repetir con la otra pierna.

Segunda fase: repaso mental

Consiste en repasar mentalmente todos los grupos musculares y comprobar si realmente están relajados y, si es posible, relajarlos aún más.

Tercera fase: relajación mental

La tercera fase consiste en focalizar la atención en el estado de calma. Puede ser de ayuda visualizar una escena agradable que pueda evocar diferentes sensaciones. Un buen ejemplo es

visualizarse tumbado en una playa y (evocar los colores, el sonido de las olas, el tacto de la arena, el olor a mar, el calor del sol, la brisa en la piel...

Lo ideal es poder asistir a algunas sesiones de entreno en relajación, como las que se llevan a cabo en los grupos terapéuticos para familiares que cuidan de personas con Alzheimer en la Fundación Pasqual Maragall. Es importante practicar individualmente la tensión y relajación de cada uno de los grupos musculares como se ha descrito, hasta que lo tengamos integrado y lo dominemos para, luego, repasando mentalmente cada uno de ellos, consigamos una relajación fluida.

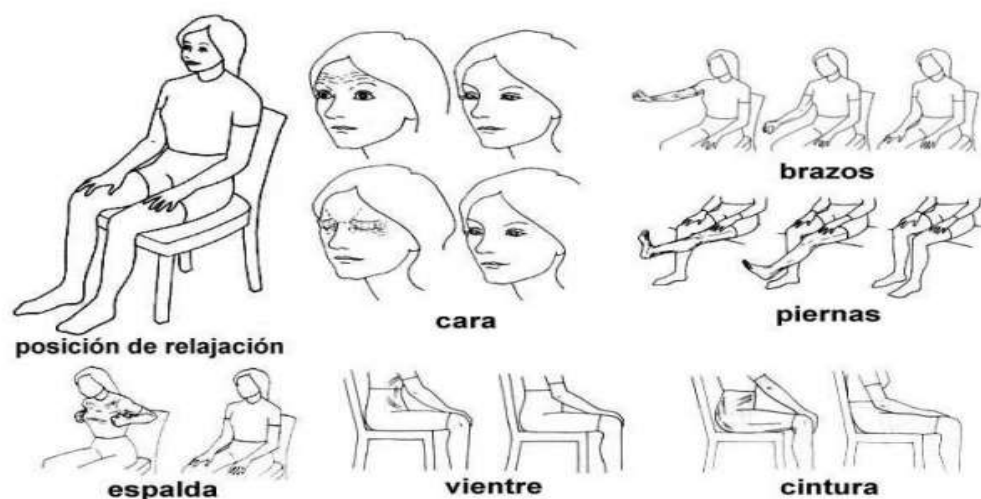


Imagen tomada de Cautela JR, Groden J. Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial. 1985.

REGISTRO DE ATENCIÓN

Hoja de registro de sesión

Fecha de la Sesión: 26/03/2024

Sesión N°: 8

¿Quién asistió a terapia?

Paciente varón L.S. L de 22 años, acude al servicio de psicología para continuar con la terapia psicológica 8 sesión.

Nombre del terapeuta: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo.

Objetivos de la sesión.

- Reforzar el autocontrol en la disminución de los impulsos sexuales.

Principales temas tratados en la sesión:

20. Evaluar el progreso de la sesión anterior.
21. Aclarar dudas o consultas por parte del paciente.

Observaciones e Hipótesis de Sesión

Paciente evidencia compromiso y buena actitud para seguir con su intervención psicológica, denota entusiasmo porque es la penúltima sesión y el paciente refiere que esta por buen camino, logro controlar su conducta, manejando sus pensamientos de forma asertiva y racional.

Técnicas utilizadas y porqué las utilizó:

- Técnica postergación de la recompensa inmediata.

Ideas / temas que faltaron/ decisiones clave a retomar en sesiones posteriores

TÉCNICA POSTERGACIÓN DE LA RECOMPENSA INMEDIATA.

Esta técnica consiste en aplazar el comportamiento impulsivo sexual para una hora determinada establecida por el mismo individuo en ese momento. Esto ayudará a desarrollar un mejor control de los deseos de gratificación sexual. Esto puede plantearse como un reto en el que el objetivo del paciente es demostrar que tan fuerte es para resistir el impulso sexual. Se sugiere que el tiempo de postergación inicie a partir de 30 min y aumentando la cantidad. Si el paciente está lo suficientemente motivado con el reto puede hacer más de una postergación en el mismo día, incluso pudiendo aplazarlo hasta el final del día cuando se encuentre más agotado físicamente.

- Según la teoría de Mischel, el cerebro tiene un sistema frío y otro caliente y la puja entre ambos determina quién cae en la tentación y quién no. El primero está regido por la razón e incorpora el pensamiento, el conocimiento y los objetivos. El otro es emocional e impulsivo y responde a reflejos rápidos que se disparan sin pensar. Cuando la fuerza de voluntad falla el sistema caliente supera el frío y se produce la acción impulsiva, como, por ejemplo, llevarse a la boca el bombón a pesar de la advertencia de esperar.
- La postergación de la gratificación depende del autocontrol del individuo, de la capacidad de gestionar sus recursos cognitivos y emocionales. La postergación de la gratificación correlaciona positivamente con un mejor rendimiento académico, laboral y social, una mayor autoeficacia percibida y autoestima y en general una mejor adaptación al medio.

Postergación de la gratificación	Explicar el concepto de postergación de la gratificación	Práctica la postergación inmediata para lograr una meta a un plazo mas largo con mayor satisfacción.
----------------------------------	--	--

Ejemplo con el paciente:

Se posterga a una vez al día el acto sexual con la pareja. . Se llega al acuerdo que se realice a las 8:00 p.m	Valora la postergación como un recurso que te permitirá alcanzar mayores recompensas.	Registro conductual
---	---	---------------------

a). Escribe 3 aprendizajes que hayas obtenido en este tema.

1. Control emocional y físico

2. Toma de decisiones

b). ¿Cómo puedes aplicar lo aprendido a tu vida cotidiana?

1. Mejor control y satisfacción en el acto sexual, cuando la recompensa se posterga a un solo momento.

2. Desarrollar una disciplina y la perseverancia necesarias para alcanzar los objetivos.

REGISTRO DE ATENCIÓN

Hoja de registro de sesión

Fecha de la Sesión: 05/04/2024

Sesión N°: 9

¿Quién asistió a terapia?

Paciente varón L. S. L de 22 años, acude al servicio de psicología para continuar con la terapia psicológica 9 sesión.

Nombre del terapeuta: Psic. Camila Del Pilar Polo Meregildo.

Objetivos de la sesión.

- Seguimiento de la conducta hipersexual.

Principales temas tratados en la sesión:

22. Evaluar el progreso de la sesión anterior.

Observaciones e Hipótesis de Sesión

Paciente denota tranquilidad y compromiso para la realización de su última sesión. Manifiesta estar agradecido por el avance que evidencia, ya logro controlar su deseo sexual por horas y días mas razonables, así mismo ha alcanzado trabajar en sus pensamientos irracionales o autodestructivos. Evidencia buen semblante y relajación en la postura corporal.

Técnicas utilizadas y porqué las utilizó:

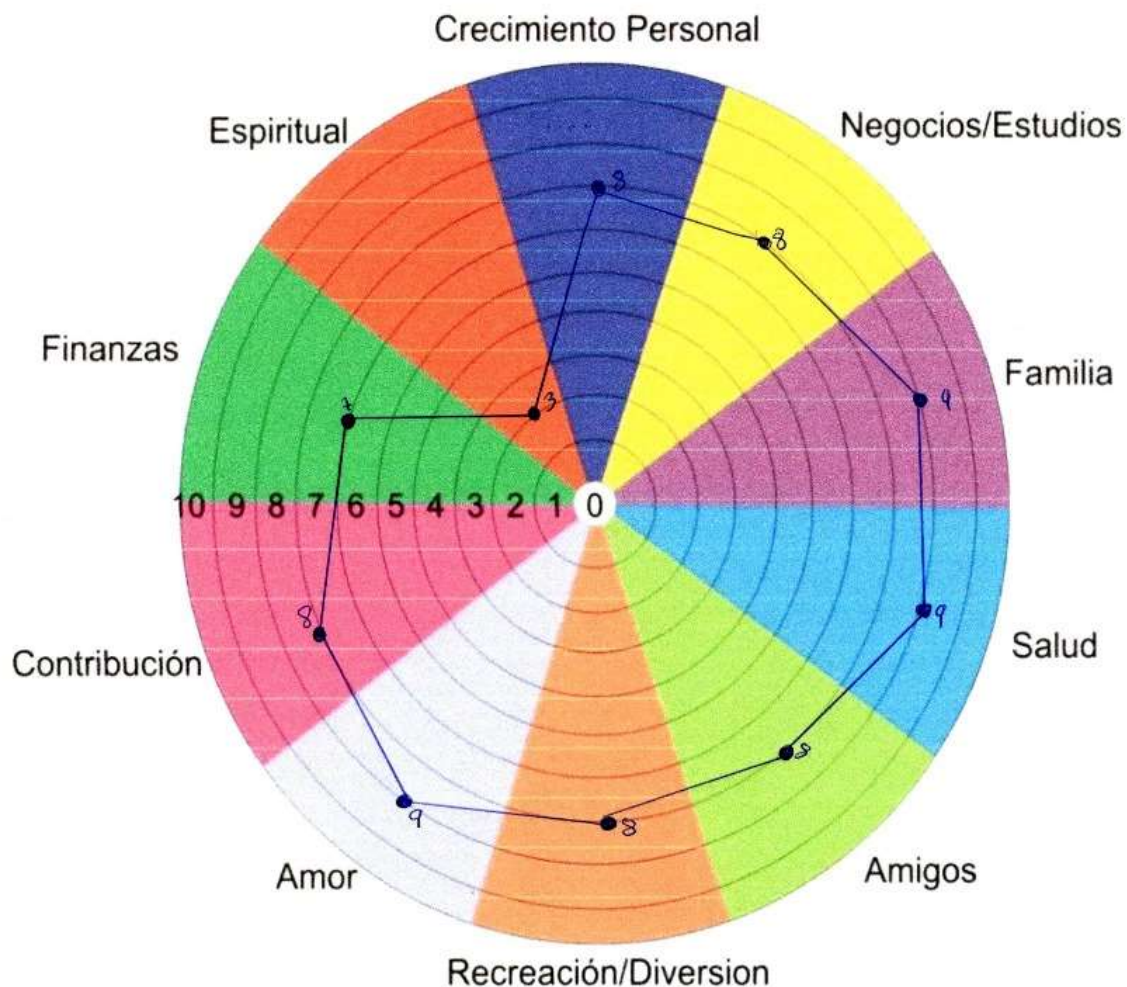
- Técnica Rueda de la vida.
- Técnica Escala de satisfacción.
- Técnica Árbol de logros.

Ideas / temas que faltaron/ decisiones clave a retomar en sesiones posteriores

TÉCNICA RUEDA DE LA VIDA.

Es una técnica de autoanálisis de las diversas áreas que componen nuestra vida, favoreciendo una toma de conciencia acerca del momento vital en el que nos encontramos y los aspectos en los que debemos trabajar y mejorar para alcanzar una mayor satisfacción. Se elige una puntuación para cada uno de los aspectos trazados de acuerdo con el grado de satisfacción que sentimos respecto a ellos. El rango va del número 1 al 10, siendo 10 la máxima puntuación. Cuanto más baja es la puntuación se sitúa más hacia el centro y cuanto más elevada más cercana al borde, al nombre del área, o directamente en el borde si obtiene la calificación más alta.

Mi Rueda de la Vida



TÉCNICA ESCALA DE SATISFACCIÓN.

ESCALA DE SATISFACCION PERSONAL

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel de satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. ¿Qué tan satisfecho me siento con mi funcionamiento en esta área de mi vida? Se presenta varias opciones (de muy insatisfecho a muy satisfecho) entre las que usted se posicionara marcando con una X aquella casilla que mejor represente su parecer.

AREAS	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni Satisfecho Ni Insatisfecho	Satisfecho	Muy Insatisfecho
1. Conducta hipersexual				X	
2. Progreso en el trabajo				X	
3. Comunicación sexual en la pareja					X
4. Vida social / recreativa				X	
5. Hábitos personales					X
6. Relaciones familiares					X
7. Vida emocional					X
8. Satisfacción general					X
9. Control de impulso sexual					X
10. Relación terapéutica				X	

TÉCNICA ÁRBOL DE LOGROS.

ARBOL DE LOGROS

